



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Diana Ribeiro

A SATISFAÇÃO DA MULHER COM O PARTO: A INFLUÊNCIA DO PLANO DE PARTO

A SATISFAÇÃO DA MULHER COM O PARTO: A INFLUÊNCIA DO PLANO DE PARTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Diana de Jesus Freitas Ribeiro

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

A SATISFAÇÃO DA MULHER COM O PARTO: A
INFLUÊNCIA DO PLANO DE PARTO

THE SATISFACTION OF WOMEN WITH LABOR: THE
INFLUENCE OF THE BIRTH PLAN

Estágio profissional de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Marinha
Carneiro

Diana de Jesus Freitas Ribeiro

Porto, 2017

AGRADECIMENTOS

Findo o meu percurso académico, não poderia esquecer as pessoas que me acompanharam e fizeram com que tudo fosse possível.

Agradeço à Professora Doutora Marinha Carneiro pelo acompanhamento, incentivo, dedicação, exigência ao longo de todo o meu percurso.

A toda à equipa do serviço de Obstetrícia do CHPVVC, em especial à Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica Irene Cerejeira, pela forma como me receberam e me educaram, não só a nível profissional, mas também a nível pessoal, e por todo o apoio. Serão sem dúvida um exemplo de excelência que levarei para a vida, no meu coração!

À minha família, mãe, pai, Bruno e Susete, por todos os esforços que fizeram por mim, sem vocês nada disto tinha sido possível!

A ti, Olavo, por todas as horas de ausência, e mesmo assim sempre tive o teu apoio em todos os altos e baixos, foste o meu pilar para continuar.

À amiga, Vera, que mesmo a quilómetros de distância sempre esteve presente, e sempre me lembrou do quanto isto era o que eu mais desejava.

Aos elementos da equipa de enfermagem do serviço de Obstetrícia do Hospital de Braga, pelas trocas de turnos urgentes, pelos choros e pela compreensão.

A todas as mulheres, famílias que me permitiram crescer e me lembravam a cada dia a quão felizada fui por fazer parte de um dos momentos mais felizes da sua vida.

A todos os que de uma maneira ou de outra se cruzaram no meu caminho, o meu mais sentido agradecimento!

SIGLAS E ABREVIATURAS

BSG: Boletim de Saúde da Grávida

CHPVVC: Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde

CTG: Cardiotocografia Fetal

DG: Diabetes Gestacional

DGS: Direção-Geral de Saúde

EESMO: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

FC: Frequência Cardíaca

FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics

GIG: Grande para a Idade Gestacional

HTA: Hipertensão Arterial

ICN: International Council of Nurses

IgA: Imunoglobulina anti-A

IgE: Imunoglobulina anti-E

IgG: Imunoglobulina anti-G

IgM: Imunoglobulina anti-M

IMC: Índice de Massa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estatística

LIG: Leve para a Idade Gestacional

N.E: Nível de Evidência

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

PA: Pressão Arterial

RESUMO

O presente relatório de estágio, de natureza profissional, demonstra o processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo das seguintes áreas de intervenção: gravidez com complicações, trabalho de parto e pós-parto. As diretrizes do Regulamento de Competências de Cuidados Especializados, apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros, foram a base de todo o processo de elaboração deste relatório.

A prática baseada na evidência sustentou todo o processo de desenvolvimento de cuidados planeados e implementados aos casais e famílias. Assim, realizou-se uma exaustiva pesquisa da evidência científica mais atual, por forma a todas as intervenções executadas no decurso do estágio serem fundamentadas, levando à promoção de uma saudável transição para a parentalidade.

Certificando a importância do conhecimento científico para a implementação de boas práticas, realizou-se a pesquisa nas seguintes bases de dados: Academic Search Complete Library, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing reference center, B.on, Trip Database, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL Complete, MEDLINE with Full Text e Google Académico.

Explanou-se no presente relatório as intervenções que suscitaram uma maior reflexão e que geraram mais dúvidas, tendo sempre em consideração que o espectro de atuação do EESMO é de grande amplitude. Uma das áreas que despertou maior interesse foi o plano de parto e a sua influência na satisfação de parto da mulher. Ainda não existem evidências concretas que demonstrem a influência de um plano de parto na satisfação de parto da mulher, contudo os estudos analisados são indicativos de benefícios na formulação de um plano de parto, tendo em conta um menor número de intervenções obstétricas, melhores índices ao nascimento do recém-nascido, culminando num aumento da satisfação da experiência de parto da mulher. Não obstante, devido à falta de unanimidade de resultados dos diferentes estudos, mais investigação na área seria importante para existirem conclusões sólidas que permitam despertar o interesse dos casais em formular um plano para o parto, levando a uma prestação de cuidados mais competentes humanizados e de excelência.

Palavras-chave: plano de parto; satisfação; parto; trabalho de parto

ABSTRACT

This professional internship report demonstrates the process of acquiring and developing competencies throughout the following intervention areas: pregnancy with complications, labor and delivery. The guidelines of the Regulation of Competencies of Specialized Care, presented by the Nurses Order, were the basis of the whole process of elaboration of this report.

Evidence-based practice supported the entire process of developing and implementing a planned care for couples and families. Thus, an exhaustive research was carried out on the most current scientific evidence, so that all the interventions made during the internship were supported, leading to the promotion of a healthy transition to parenting.

In order to verify the importance of the scientific knowledge for the implementation of good practices, we performed the research in the following databases: Academic Search Complete Library, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing reference center, B.on, Trip Database, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL Complete, MEDLINE with Full Text and Google Scholar.

In this report, statements that have given rise to further reflection and which have generated more doubts have been explained, bearing in mind that the scope of action of a Midwife is very wide. One of the areas of greatest interest was the birth plan and its influence on the woman's delivery of labor.

There is still no solid evidence to show that a birth plan influences women's delivery, but the studies analyzed are indicative of benefits in formulating a birth plan, taking into account a smaller number of obstetric interventions, better indexes at the birth of the newborn, culminating on an increase in the satisfaction of the woman's delivery experience. However, due to the lack of unanimity in the results of the different studies, more research in the field would be important in order to have solid conclusions that could stimulate the interest of couples in formulating a plan for childbirth, leading to excellency and a more competent, humanized care.

Keywords: Birth; plan; satisfaction; labor; childbirth.

ÍNDICE

Nota introdutória	15
1. Intervenção na gravidez com complicações	17
1.1. Intervenção no período pré-natal.....	18
1.2. Gravidez com complicações.....	31
1.2.1. Toxoplasmose	32
1.2.2. Hipertensão arterial	33
1.2.3. Diabetes mellitus gestacional	35
1.2.4. Consumos aditivos	37
1.2.5. Saúde mental da gestante	38
2. Intervenção durante o trabalho de parto e parto	41
2.1. Acolhimento do casal no serviço/unidade.....	42
2.2. Primeiro período do trabalho de parto.....	46
2.2.1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor.....	49
2.3. Segundo período do trabalho de parto	59
2.4. Terceiro e quarto período do trabalho de parto	61
3. O plano de parto e a satisfação da parturiente – Revisão integrativa.....	65
3.1. Introdução ao problema	65
3.2. Metodologia.....	67
3.3. Resultados.....	68
3.4. Discussão.....	83
3.5. Conclusão	86
4. Intervenção durante o período puerperal	87
4.1. Acolhimento à família	88
4.1.1. Saúde mental da puérpera – estudo de caso	92
4.1.2. Comunicar com uma puérpera adolescente – estudo de caso.....	93
4.2. Amamentação.....	95
4.3. Cuidados ao recém-nascido	101
4.4. A alta hospitalar	106
5. Análise crítico-reflexiva.....	107
Conclusão	111
Bibliografia	113
Anexos.....	129
ANEXO 1 – Bolsa termoterapia	131

LISTA DE FIGURAS/TABELAS

FIGURA 1: Etapas de uma revisão integrativa da literatura.....	67
TABELA 1: Pesquisa realizada.....	69
FIGURA 2: Número de grávidas assistidas.....	108
FIGURA 3: Número de partos executados.....	108
FIGURA 4: Número de vigilâncias/cuidados a parturientes.....	108
FIGURA 5: Número de vigilâncias/cuidados a puérperas.....	109
FIGURA 6: Número de vigilâncias/cuidados a recém-nascidos.....	109

NOTA INTRODUTÓRIA

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia contempla um processo formativo que implica a aquisição de conhecimentos e competências específicas. Está presente no plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto a opção de realização de um estágio de cariz profissionalizante no âmbito da Gravidez com complicações, Trabalho de Parto e Pós-parto, onde em paralelo deve construir-se um relatório de experiências, surgindo assim o presente relatório. O objetivo da execução deste documento foi demonstrar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, fundamentado nos pressupostos presentes e no Regulamento de Competências e Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, publicados pela OE (OE, 2011).

O presente relatório reflete o estágio profissionalizante, efetuado durante o segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, decorrido no CHPVVC no ano letivo de 2016/2017, enaltecendo as diferentes aprendizagens e experiências decorridas nos diferentes contextos, sendo impossível descrever todas as experiências, sentimentos e crescimento profissional adquiridos ao longo deste estágio.

Os objetivos consequentes da realização deste relatório são: demonstrar competências no domínio da investigação científica, promovendo uma prática baseada na evidência; demonstrar o processo de aquisição de competências relativamente aos cuidados prestados ao casal e família; apresentar e promover práticas que respeitem a individualidade de cada família, considerando as suas crenças e diferenças culturais, de modo a promover a sua satisfação; evidenciar competências no âmbito do planeamento de cuidados ao casal nas diferentes áreas de atuação do EESMO; apresentar o desenvolvimento de conhecimento sobre a importância da implementação de práticas que promovam a autonomia e participação do casal na vivência da gravidez e experiência do papel parental; refletir sobre as práticas realizadas no contexto de estágio, com base na evidência científica atual.

Durante a realização deste estágio debruçou-se ainda sobre um tema da atualidade: o plano de parto e a influência do mesmo na satisfação de parto da mulher. Segundo a OE (2011), os Padrões de Qualidade de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, visam promover a reflexão sobre o exercício dos Enfermeiros, contribuindo para uma melhoria dos mesmos. Assim, é importante que exista pesquisa por parte dos profissionais especialistas e principalmente que os futuros profissionais especializados criem conhecimento pertinente e com qualidade, melhorando as práticas diárias do EESMO. O CHPVVC foi um dos hospitais

públicos a implementar um plano de parto institucional, assim, surgiu a oportunidade e curiosidade em compreender de que forma este pode influenciar o processo de parir, mais em concreto na satisfação da mulher em relação ao seu parto.

Segundo as recomendações da OMS um parto normal inclui idealmente a realização de *“um plano individual determinado onde e porque o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado ao seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família”*. O plano de parto consiste num documento escrito elaborado pelo casal grávido onde se encontra documentado os seus desejos relativos ao trabalho de parto e parto (OMS, 2012).

De modo a promover a compreensão do presente relatório realizou-se a sua divisão em cinco capítulos distintos. O primeiro capítulo apresenta as intervenções realizadas no acompanhamento de casais que vivenciam uma gravidez com alguma complicação associada. O segundo capítulo divide-se, em duas partes, na primeira parte encontra-se descrito o acompanhamento realizado à mulher/casal durante o trabalho de parto e parto, bem como as primeiras intervenções realizadas ao recém-nascido, e, na segunda descreveu-se de que forma a formulação de um plano de parto pode influenciar a satisfação da mulher durante o parto. O terceiro capítulo expõe as intervenções realizadas à mulher no período puerperal imediato, bem como o suporte ao casal durante a transição para a parentalidade e as intervenções realizadas ao recém-nascido durante o período de internamento.

Considerando a importância do conhecimento científico para a implementação de boas práticas, foi realizada pesquisa nas seguintes bases de dados, *Academic Search Complete Library, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing reference center, B.on, Trip Database, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL Complete, MEDLINE with Full Text e Google Académico*.

1. INTERVENÇÃO NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

A gravidez é um processo que se inicia no momento da concepção e termina no parto. Estende-se por um período que pode ir até às 42 semanas encontrando-se, por isso, bem definida temporalmente (Leal, 2005 *cit in* Ferreira, 2013).

Segundo o ICN (2015), a gravidez consiste num processo do sistema reprodutor que se materializa na condição de desenvolver e nutrir um feto no corpo, com a duração de aproximadamente 266 dias, desde a fecundação ao nascimento, que implica alterações rápidas e inevitáveis nas funções corporais e cujo início é indicado pela cessação dos períodos menstruais, enjoos matinais, aumento do volume das mamas e da pigmentação dos mamilos.

A gravidez pode ser vista como uma marcha para o que é desconhecido e o impacto emocional da comunicação de uma gravidez leva ao aparecimento de um vasto leque de emoções e sentimentos na mulher, podendo ir da extrema energia até ao medo. A forma como a mulher interioriza e encara estas modificações e sentimentos poderá influenciar a reação do seu companheiro, dos seus familiares e, no limite, todo o ambiente em que se encontra inserida (Bahadoran et al., 2008 *cit in* Ferreira, 2013).

As dúvidas e as preocupações acompanham a mulher durante todo o período da gravidez, contudo existem aspetos que podem ser mais característicos em determinados trimestres.

O primeiro trimestre corresponde ao início de tudo e caracteriza-se pelo conhecimento e a aceitação de uma nova condição, quer pelo seu estado de grávida, quer pelo meio que a rodeia. Este é considerado um período de integração e é nesta altura que ocorrem ligeiras alterações corporais que se aliam aos desconfortos de uma gravidez e aos medos inerentes a esta condição (Pacheco et al., 2005 *cit in* Ferreira 2013).

No segundo trimestre a mulher habitualmente encontra-se mais estável psicologicamente, consegue perceber os movimentos fetais e compreender o seu bem-estar através dos mesmos. Neste período a grávida toma consciência da autonomia do desenvolvimento fetal e compreende que é incapaz de controlar esse processo, sendo assim um trimestre caracterizado pela diferenciação (Pacheco et al., 2005 *cit in* Ferreira, 2013).

O terceiro e último trimestre é a fase da separação, que se caracteriza pela grande ansiedade da mulher resultante da iminência do parto. A mulher encara o parto como o momento em que se irá separar do feto e terminar a gravidez (Pacheco et al., 2005 *cit in* Ferreira, 2013).

A enfermagem consiste na arte de cuidar e é uma ciência cuja especialidade e finalidade é o cuidar do ser humano, individualmente, inserido na família ou numa comunidade, de um modo holístico e completo e que em equipa pode promover, proteger, prevenir e recuperar a saúde dos seus clientes (ICN, 2011). Desta forma pretende-se que qualquer Enfermeiro olhe para a pessoa como um todo, e não apenas como a soma das partes, como um ser único e individual, que deve ser responsabilizado pela sua saúde.

Assim, para o EESMO, os clientes mais próximos são a grávida e o casal, logo existe a necessidade de os empoderar, pois é fundamental que disponham do conhecimento e estruturas de apoio suficientes para que todo este processo seja vivido de forma harmoniosa (Faustino e Coelho, 2005 *cit in* Santos, 2012).

Urge a necessidade de criar um atendimento humanizado onde seja possível estar centrado na educação do casal promovendo deste modo uma participação ativa e informada na gravidez (APEO, 2010 *cit in* Santos, 2012).

1.1. Intervenção no período pré-natal

No presente relatório, tentar-se-á explanar os cuidados de Enfermagem que foram prestados ao longo destas semanas, bem como o planeamento dos mesmos.

As consultas realizadas no CHPVVC foram de carácter ambulatorio nas quais as grávidas tinham sido referenciadas e por isso realizavam a vigilância da sua gestação com um EESMO e um Médico Obstetra. Idealmente as consultas pré-natais devem ser realizadas sempre pelo mesmo profissional da saúde para que a grávida se sinta confortável, acompanhada e com vista a proporcionar o aumento de confiança nos profissionais da saúde (Torgal, 2016).

As consultas de enfermagem, relativas à saúde materna e obstétrica, têm como principal objetivo ajudar os casais a compreender os processos que ocorrem ao longo da gravidez assim como diagnosticar comportamentos ou situações de risco que possam comprometer a mesma, orientando para as mudanças que promovam a saúde do casal e do feto (OE, 2014).

O conceito de promoção de saúde é definido como a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde incluindo uma maior participação e controlo do processo, que deve ser planeado e gerido, de forma a suportar e melhorar a saúde de uma população (Santos, 2012; Ministério da Saúde, 2004 *cit in* Santos, 2012).

Relacionado com este conceito anterior surge o empoderamento, este proporciona a adoção de estratégias individuais e coletivas que permitam a eliminação de comportamentos que são capazes de comprometer a saúde (ICN, 2011).

O SNS fomenta que os seus utentes tenham um papel ativo nos cuidados (Laverack, 2008 *cit in* Santos, 2012). Este facto leva a que os cuidados prestados sejam mais humanizados e centrados no casal grávido, sendo o profissional muito menos interventivo (APEO, 2010 *cit in* Santos, 2012). Para que possamos empoderar o casal grávido temos que compreender se este dispõe de “Disponibilidade para aprender”. Segundo o ICN (2015), este conceito significa estar preparado ou disponível para uma ação ou progresso.

As necessidades de aprendizagem, entendidas como diferenças de conhecimento ou habilidade entre o desempenho real e o desejável, determinam o que cada casal quer aprender (HCEA, 1985 *cit in* Cardoso, 2014). Segundo Bastable (2010), a disponibilidade para aprender é a ocasião em que o indivíduo demonstra interesse em aprender a informação necessária para manter ou melhorar o seu nível de saúde. Quando este não demonstra vontade toda a informação que lhe for dada não será processada nem interpretada pelas suas unidades cognitivas, independentemente do facto do EESMO sentir que ele necessita daquela informação (Cardoso, 2014).

Tendo em conta a relevância deste fenómeno, foram implementadas as atividades diagnósticas “avaliar quais as fontes de informação utilizadas pelo casal” e “avaliar interesse do casal para aprofundar os seus conhecimentos e capacidades”. Quando este interesse se mostrava presente foram realizados os ensinamentos considerados pertinentes.

A primeira consulta pré-natal deve ser realizada nas primeiras 12 semanas de gestação (Torgal, 2016). No caso do CHPVVC, enquanto Hospital de Apoio Perinatal, regra geral, a primeira consulta já teria sido realizada noutro local. Desta forma o BSG já estava preenchido e continha todos os dados clínicos tanto do casal grávido como do feto, bem como informações familiares relevantes. Esta é a melhor forma de assegurar a articulação de informação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (DGS, 2011).

Após a análise do BSG foram retiradas as principais informações. A idade gestacional cronológica foi calculada a partir da data da última menstruação, no entanto quando a grávida já tinha realizado a primeira ecografia foi possível apresentar a idade gestacional

definitiva, sendo esta inalterável durante toda a gravidez e definida pelo comprimento crânio-caudal do feto (DGS, 2011).

Para além destes dados, verificou-se também os dados demográficos e a história clínica da grávida, tal como o peso corporal anterior à gravidez, o IMC, o grupo ABO e o fator *Rh*, antecedentes pessoais e familiares, medicação domiciliária que realizava para além da suplementação da gravidez, o consumo de substâncias nocivas e a história obstétrica e ginecológica (DGS, 2011).

Nos casos em que a grávida em consulta no CHPVVC não apresentava o BSG este foi preenchido e entregue à mesma, considerando todos os dados *supra* referidos.

No decorrer do processo de adaptação à gravidez, a saúde mental e os fatores psicossociais devem ser analisados e explorados nas primeiras consultas do período pré-natal (DGS, 2011).

Tentou-se realizar uma avaliação eficaz encorajando o casal ou o acompanhante da grávida a falar sobre as alterações do estado que não eram habituais, tais como as alterações de humor (DGS, 2011).

Os fatores de risco podem influenciar esta adaptação e vivência, sendo necessário realizar um rastreio dos mesmos, aferindo a potencial existência de casos de pobreza, imigração, desemprego ou se a grávida/casal tem estatuto de refugiado (Torgal, 2016).

Durante a consulta, estabeleceu-se os princípios básicos do aconselhamento, de modo a criar um ambiente de empatia, sabendo escutar e criando um ambiente de confiança, interação, encorajamento da gestante a exprimir as dúvidas e a colocar questões, para desta forma conseguir obter uma colheita de dados eficaz. Neste contexto, adequou-se a informação a cada mulher procurando, por um lado, responder às suas questões sem, porém, transmitir informação excessiva, sob pena de criar confusão (Torgal, 2016).

Quando é anunciado a gravidez com complicações a um casal, a adaptação saudável a esta nova condição pode ser posta em crise, por um agravar de dúvidas sobre a evolução da gestação, o sentimento de que estão privados de ampla parte do processo imaginativo, pois quando não é possível imaginar o futuro também não é possível vivenciar o presente (Martins, 2014). Assim, todos os processos foram avaliados meticulosamente para que se possa ser capaz de ajudar a ultrapassar medos e ansiedades e para que a adaptação do casal prossiga de forma saudável.

No decorrer das consultas de Enfermagem, aquando das 26/28 semanas de gestação, foi apresentado ao casal a possibilidade de se integrarem na intervenção em grupo para o parto e parentalidade que se encontrava disponível. Quando estes não demonstravam interesse ou disponibilidade em frequentar a intervenção em grupo incentivou-se a escreverem as suas dúvidas e medos para que pudessem ser relatados na consulta seguinte.

O EESMO deve garantir que os casais grávidos tenham um nível de conhecimento que lhes permita sentirem-se seguros e confiantes no momento do trabalho de parto e parto, tanto quanto a si próprios como relativamente ao EESMO que os acompanha (Seara, 2015).

Em relação à parentalidade, quanto maior for a mestria das competências melhor será a interpretação dos pais em relação ao seu comportamento e ao do recém-nascido. Uma apropriação dos conhecimentos e das habilidades transmitidas ao casal durante a gravidez relacionadas com as necessidades do recém-nascido, potenciam a aquisição e o desenvolvimento de competências que irão tornar aqueles pais mais confiantes e satisfeitos em relação ao seu novo papel (Cardoso et al., 2015).

Segundo Abade (2010), a intervenção em grupo sobre o parto e a parentalidade influencia a ligação mãe-filho, para além de também ser benéfico para a sua saúde mental. A ligação mãe/pai-filho corresponde à ligação que é estabelecida entre o cuidador e a criança, isto é, uma relação afetiva entre a tríade mãe/pai e a criança (ICN, 2015).

A ligação emocional inicia-se no período pré-natal enquanto os futuros pais sonham e têm fantasias com a parentalidade. Estes imaginam-se como pais, quais serão as suas principais qualidades, que implicações ocorrerão na sua vida, devido à chegada de uma criança e de que forma irão reagir (Cardoso, 2014).

A ligação materno-fetal é uma tarefa exclusiva da mulher e inicia-se durante a gravidez quando se principia a consciencialização desse novo estado, intensificando-se quando existe a escolha de um nome, se prepara o quarto ou quando se cria o bebé imaginado (Cardoso, 2014).

Este tipo de ligação acaba por anteceder a ligação mãe-filho e caracteriza-se por três fases. A primeira fase ocorre quando a mulher aceita o facto biológico da gravidez, isto é, quando é capaz de afirmar que está grávida e, implicitamente, modifica a sua autoimagem. Nesta fase a criança é vista como parte integrante da mulher (Ribeiro, 2006 *cit in* Cardoso, 2014).

A segunda fase advém da consciencialização da separação entre o feto, que se encontra em crescimento, e a mulher. A grávida começa a interiorizar que vai ter um filho e é neste período de diferenciação que se inicia o processo de ligação mãe-filho. Esta ligação é catalisada em caso de uma gravidez planeada e quando é realizada a primeira ecografia fetal, pois este exame confere à mulher a confirmação de que o feto é real. Outros comportamentos característicos desta ligação surgem aquando da perceção dos movimentos fetais e são acompanhados pelo ato de acariciar a barriga, falar e interagir com o bebé (Abade, 2010).

A terceira fase deste processo de ligação acontece quando a mulher se prepara para o momento do parto iniciando o seu papel de mãe. Esta preparação para a separação que acontecerá aquando do parto é o que precisamente caracteriza todo último trimestre. É neste momento que a mulher se apresenta mais sensível e por isso começa a verbalizar traços do bebé, tendo em conta o padrão dos movimentos fetais, na tentativa de que este não seja um estranho aquando do seu nascimento (Mendes, 2009 *cit in* Cardoso, 2014).

A ligação pai-filho é demonstrada, entre outras, através do acompanhamento da mulher às consultas e ecografias, evidenciando assim um envolvimento emocional. Esta ligação não pode ser generalizada, pois mais do que com a mulher, esta depende muito das características paternas (Piccinni et al., 2004 *cit in* Cardoso, 2014).

Para a avaliação da ligação mãe/pai-filho, foram implementadas nas consultas pré-natais as intervenções “ensinar o casal sobre os movimentos fetais”, “permitir a audição dos ruídos cardíacos fetais pelo casal”, após as 12 semanas de gestação com o eco doppler, ou das 36 semanas de gestação com recurso ao CTG, “informar o casal sobre o desenvolvimento fetal” e “incentivar o casal a imaginar o seu filho” (Albuquerque et al., 2009).

O exame físico da grávida foi um aspeto avaliado em todas as consultas de Enfermagem. Deste modo foram implementadas as intervenções “realizar avaliação física da grávida”, “monitorizar peso corporal” e “monitorizar IMC”. Nestas consultas efetuou-se o registo do ganho ponderal ao longo da gravidez no BSG.

Conclui-se que as mulheres que apresentam um baixo peso e têm um ganho ponderal de peso corporal diminuído apresentam maiores probabilidades de terem um filho com baixo peso à nascença. Por outro lado, as grávidas obesas apresentam maior risco do recém-nascido ser GIG e propensão para o aparecimento de diabetes *mellitus* gestacional. Desta

forma sempre que havia um desvio padrão do que era esperado no aumento de peso, foi revisto com a utente a sua alimentação ao longo de um dia, tendo por base a roda dos alimentos e foi pedido a colaboração da Nutricionista.

Monitorizou-se em todas as consultas alguns parâmetros, onde foram implementadas as intervenções “monitorizar PA”, “monitorizar FC”, “avaliar presença de edema” e “avaliar características da urina”. No que a este último parâmetro diz respeito, avaliou-se na urina a cor, o odor, a presença de proteínas, de leucócitos, de corpos cetónicos e de sangue. Para o efeito foram utilizadas tiras reagentes à presença destes parâmetros (DGS, 2014).

Na consulta pré-natal foi necessária a vigilância e a monitorização de outros aspetos, onde implementámos as intervenções “auscultar ruídos cardíacos fetais”, a partir das 10/12 semanas de gestação com recurso ao eco doppler; “avaliar presença de movimentos fetais”, a partir das dezasseis semanas; “monitorizar altura uterina”, a partir das 24 semanas e “avaliar CTG”, a partir das 36 semanas ou sempre que pertinente, tal como a realização das “Manobras de Leopold” (OE, 2014).

A interpretação dos dados obtidos através de análises sanguíneas, foram observadas, sendo os seguintes dados examinados: o grupo sanguíneo e o fator Rh da grávida, os valores de hemoglobina, a imunidade da grávida à rubéola, a presença de um livro de vacinas atualizado, o rastreio realizado quanto à imunidade à toxoplasmose, o diagnóstico de sífilis, HIV e citomegalovírus, e a interpretação do resultado do exame ginecológico (se efetuado há menos de um ano) (DGS, 2013).

Entre as 33 e as 37 semanas de gestação foi realizado o rastreio do microrganismo *Streptococcus β* hemolítico do grupo B, realizados por colheita de exsudado vaginal e retal (DGS, 2013). Explicou-se à grávida que caso fosse detetado a presença desta bactéria, teria que iniciar antibioterapia durante o trabalho de parto, devido ao risco aumentado de infeção no recém-nascido por transmissão vertical (Batista, 2016).

Relativamente ao estado nutricional durante a gravidez, as necessidades aumentam para sustentar o crescimento e desenvolvimento do feto. É expectável a existência de um aumento de peso corporal durante a gravidez, tendo em conta o IMC anterior à gravidez. Este aumento ponderal acontece, devido à formação da placenta, ao aparecimento de líquido amniótico, do próprio feto que cresce gradualmente, e a um conjunto de alterações fisiológicas que vão acontecendo ao longo da gravidez (DGS, 2015).

Atualmente reconhece-se que o aumento de peso durante a gestação está associado a alterações do peso do recém-nascido e podem trazer complicações para o seu nascimento. Estas flutuações de peso elevam ainda o risco de surgirem complicações na sua vida adulta, tal como o aparecimento da obesidade (DGS, 2015).

O estado nutricional foi um foco de atenção das consultas, contudo, todas as grávidas que necessitavam de orientações mais aprofundadas foram acompanhadas por uma Nutricionista, acabando por ser uma intervenção menos trabalhada. Neste foco de atenção, foram implementadas as intervenções “recomendar aumento de peso adequado”, “incentivar a prática regular de exercício físico”, “incentivar uma alimentação saudável”, “orientar para uma suplementação adequada de vitaminas e minerais”, “incentivar uma manipulação segura dos alimentos”, “incentivar uma ingestão hídrica adequada” e “incentivar o casal a planear as refeições durante o dia” (DGS, 2015; NICE, 2008).

No que diz respeito ao consumo de sal, não existe ainda evidência suficiente que suporte a intervenção “avaliar conhecimento sobre o consumo de sal”, não se verificaram resultados que relacionem a diminuição do consumo desse alimento com a diminuição do aparecimento da pré-eclampsia (Duley et al., 2012).

Na nossa cultura ainda continua muito presente a expressão dos desejos alimentares embora a sua etiologia seja desconhecida. Denotou-se que o conhecimento adquirido pelas grávidas é fortemente influenciado por crenças e valores que são transmitidos por familiares e amigos. Assim, tentou-se ao longo das consultas, compreender e conhecer as crenças dos casais em relação à alimentação na gravidez, desmistificando-as (Lowdermilk et al., 2008).

Quanto ao padrão de exercício físico, a maioria das mulheres grávidas que foram acompanhadas tinham um padrão inadequado ou inexistente. Foi realizada a intervenção “motivar para fazer exercício físico durante a gravidez”. A prática de exercício físico é um forte aliado no controlo do peso corporal e, também, no controlo, gestão e prevenção de varizes, de obstipação, de edemas, da sensação de fadiga e ansiedade, de *stress* e de insónia (Lowdermilk et al., 2008).

Nas últimas três décadas existiram algumas mudanças em relação às recomendações de repouso durante a gestação. A mulher grávida deve ser encorajada a realizar exercício de intensidade leve a moderado, cerca de três a cinco vezes por semana durante um mínimo de 30 minutos. As modalidades que podem ser praticadas são inúmeras, podendo ser

consideradas as aeróbicas, as de alongamento, as de relaxamento ou as de dança. Por outro lado, alguns desportos apresentam um alto risco de queda devendo ser desaconselhados, tais como o ciclismo, a equitação, e os desportos radicais. Existem contraindicações à prática de exercício físico como as cardiopatias, a incompetência istmo cervical, a gestação múltipla (após a trigésima semana), a hemorragia vaginal persistente, uma placenta previamente inserida, a ameaça de trabalho de parto pré-termo, a rutura de membranas, a hipertensão arterial não controlada e a pré-eclâmpsia (Surita et al., 2014).

Existem alguns estudos que demonstram que o leque de benefícios relativos à prática de exercício é grande, tais como: o bem-estar físico e emocional das grávidas, a diminuição da dor lombar, a prevenção da incontinência urinária e da depressão pós-parto (Surita et al., 2014). Assim, procedeu-se à implementação da intervenção “ensinar sobre exercícios adequados durante a gravidez” (ICN, 2015).

Outro foco de atenção da consulta pré-natal foi o “autocuidado”. Segundo o ICN (2015), o autocuidado consiste numa atividade executada pelo próprio em que a pessoa trata do que é necessário para se manter operacional e lidar com as suas necessidades básicas e íntimas.

No autocuidado está englobado, entre outros, o ato de cuidar da higiene pessoal. Nesta fase do ciclo vital da mulher, os cuidados relativos à higiene íntima são aqueles que suscitam mais atenção. Para tentar colmatar dúvidas nesta área foram realizadas as intervenções “incentivar hábitos de higiene adequados”, “incentivar a grávida a evitar roupa interior apertada na zona pélvica”, “incentivar a grávida a optar por roupa interior de algodão”, “informar sobre cuidados de higiene perineais”, mencionando que se deveria recorrer a produtos específicos para a zona íntima onde o pH é ligeiramente mais ácido, “informar a grávida sobre troca do penso diário”, quando utilizado por aumento do exsudado vaginal (Ricci et al., 2009; Lowdermilk et al., 2008).

Pelo aparecimento de alguns efeitos colaterais durante a gravidez, como as náuseas e os vómitos, e a higiene oral foi um dos focos de atenção, devido ao aumento do risco de aparecimento de inflamação das gengivas e de cáries. Ao longo da gravidez, algumas gestantes, acreditam que a sua dentição fica mais fraca com a gravidez porque o cálcio será utilizado para o desenvolvimento dos ossos e dentes do recém-nascido (Andrade, 2009). Assim, implementaram-se as intervenções “incentivar a grávida a escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, com recurso a um dentífrico fluoretado”, “incentivar a grávida a

utilizar diariamente o fio dentário”; “incentivar a grávida a limitar o consumo de bebidas gaseificadas e açucaradas” (DGS, 2011).

Relativamente aos autocuidados arranjar-se e vestir-se, foram implementadas as intervenções “incentivar a utilização de roupa prática, confortável, de preferência de fibras naturais”; “incentivar a grávida a não utilizar roupas apertadas”, “incentivar a grávida a utilizar soutiens de alças largas”, “incentivar a grávida a utilizar calçado confortável” (DGS, 2011). O autocuidado está relacionado também com a autoestima da mulher. Desta forma é importante a compreensão dos profissionais da saúde relativamente ao estado psicológico da mulher grávida e de que forma é possível ajudá-la.

Muitas mulheres, hoje em dia, utilizam produtos de coloração capilar e, regra geral, querem continuar a fazê-lo durante a gravidez. No entanto, a utilização destes produtos suscitava algumas dúvidas, pelo que se tornou necessário a desmistificação do assunto. Foi aconselhado que as mulheres aguardassem até ao fim do primeiro trimestre para voltarem a colorar o cabelo, pois após este período o risco para o feto é menor. Aconselhou-se ainda a que o produto de coloração apenas seja colocado sobre os fios capilares, evitando o contacto com a pele (NHS, 2015).

Outro fator que pode modificar a autoestima da grávida são as alterações dermatológicas, que são comuns nesta fase do ciclo da vida mulher. Independentemente de estas alterações fisiológicas serem normais, não é o facto de serem referidas que vai minimizar o desconforto sentido por estas mulheres, uma vez que estas alterações podem ser esteticamente significativas (Fernandes et al., 2014). Destas alterações fisiológicas, as mais comuns são as de pigmentação, que ocorrem em cerca de 90% das grávidas. De forma a prevenir uma hiperestimulação da pele implementou-se as intervenções “incentivar a utilização de protetor solar”, “evitar produtos que contenham hiperémese e hidroquinonas”, pois estes podem ter um efeito teratogénico dos retinoides (Fernandes et al., 2014; Urasaki, 2010).

O aparecimento de estrias é comum durante a gravidez resultado de fatores físicos das glândulas suprarrenais e atividade estrogénica que orientam as fibras musculares a mudar de direção. Como fatores de risco estão presentes a predisposição familiar, a raça não-caucasiana, a história de estrias e o aumento de peso ponderal excessivo (Fernandes et al., 2014; Urasaki, 2010). É sabido que o aspeto das estrias pode melhorar após o parto, contudo as mulheres devem iniciar alguns cuidados durante a gravidez. Assim foram implementadas as intervenções “incentivar uma ingestão hídrica adequada” e “utilizar creme hidratante”, no

abdómen, nas mamas, nos braços e no dorso, contudo não existe ainda evidência consensual que nos demonstre o impacto da aplicação de creme nas zonas afetadas (Fernandes et al., 2014; Furtado, 2015).

A área do CHPVVC abrange uma comunidade piscatória, onde estão presentes pessoas de condição socioeconómica mais carente, sendo evidente a dificuldade nos autocuidados de higiene e vestuário, por falta de conhecimento ou pela existência de mitos. Assim, esta foi uma das áreas de atenção, principalmente na primeira consulta.

Durante a gravidez, é normal, que pelas alterações fisiológicas que acontecem existam alguns efeitos colaterais que acabam por influenciar a vida do casal. Tendo isto em conta, durante as consultas o casal foi empoderado de conhecimento para que fossem capazes de lidar com os mesmos.

O “conhecimento sobre a saúde” permite que o casal esteja envolvido e empoderado, tendo em conta as situações experienciadas, tornando-se assim um fator inibidor da ansiedade e de promoção da autoeficácia em relação a diferentes situações (ICN, 2015).

Os efeitos colaterais mais frequentemente relatados foram a obstipação, as náuseas e os vómitos, o edema, as varizes, as lombalgias, a leucorreia e a emergência urinária. Sempre que foi percebida a sua presença, a nossa intervenção resumiu-se a dois princípios, numa primeira fase ensinou-se sobre a origem do desconforto que foi percebido pelo casal, e numa segunda ensinou-se sobre as estratégias que lhes permitissem lidar com o mesmo. De referir que antes de qualquer ato pedagógico tentou-se compreender que conhecimento tinha o casal sobre o desconforto em assunto, implementando as atividades diagnósticas “avaliar conhecimento do casal sobre o desconforto” e “avaliar conhecimento do casal sobre estratégias para gerir o desconforto”. Procedia-se a uma adequação do discurso em conformidade com o que foi relatado pelo casal.

Durante a gravidez existe um aumento dos níveis de progesterona. Esta hormona atua sobre a musculatura lisa diminuindo a atividade peristáltica e consequentemente aumentando a absorção de água a nível do cólon. Isto conduz, em última instância, a um quadro de obstipação (Marchão e Soares, 2016; Lowdermilk, 2008). A alteração do metabolismo dos hidratos de carbono e da gordura, bem como a compressão do intestino provocado pelo aumento do tamanho uterino, contribuem também para o aparecimento de desconforto. O

consumo insuficiente de líquidos, o uso de suplementos de ferro, uma dieta pobre em fibras, o sedentarismo são fatores que podem agravar esta condição (Marchão e Soares, 2016).

Após a explicação do surgimento do desconforto, implementou-se as intervenções “incentivar a realização de exercício físico regularmente”, “incentivar uma ingestão de líquidos adequada”, “incentivar a ingestão de líquidos tépidos pela manhã”, “incentivar uma dieta rica em fibras”, “incentivar a grávida a evacuar sempre que sentir vontade” e “incentivar a grávida a estabelecer horários de rotina para evacuar”, “incentivar a grávida a utilizar um banco para elevar os pés aquando a defecação” (Marchão e Soares, 2016; CISION, 2015).

As hemorroidas podem estar associadas com a obstipação, assim questionou-se a grávida sobre o aparecimento das mesmas (Lowdermilk, 2008). No caso de ser referido algum desconforto executou-se as intervenções “incentivar a aplicação de gelo localmente”, “incentivar a realização de banho com água morna”, sendo que a água com manjerição também era uma opção (Marchão e Soares, 2016).

Na presença de náuseas e vômitos, foi realizada a intervenção “ensinar sobre náuseas e vômitos”. São mais comuns no primeiro trimestre, entre a quarta e sexta semana de gestação e que normalmente tem término entre as 16ª e a 20ª semana, encontrando-se relacionadas com a demora no esvaziamento gástrico, por efeito da progesterona, com a ingestão insuficiente de nutrientes e líquidos, com a diminuição de níveis de glicose no sangue da grávida (Lowdermilk et al., 2008; Silva, 2008). Como estratégias para promover a redução das náuseas e vômitos, foi implementada a intervenção “ensinar sobre como gerir náuseas e vômitos”, onde o casal foi aconselhado a evitar ambientes com odores fortes, evitar alimentos muito condimentados ou ricos em gordura, ter uma alimentação equilibrada realizando pequenas refeições várias vezes ao dia, dando preferência a alimentos mais fáceis de digerir como os hidratos de carbono e as proteínas, manter uma hidratação adequada, dividir em pequenas quantidades mas frequentes e estimular a ingestão de chá de gengibre cerca de quatro vezes ao dia. Quando as náuseas foram referidas como as mais comuns, durante a manhã foi aconselhada a ingestão de alimentos secos logo ao acordar, tais como bolachas, e sugerido a ingestão de algum alimento antes de adormecer, como por exemplo iogurtes (Lowdermilk et al., 2008; NICE, 2008).

O edema e as varizes nos membros inferiores foram também muitas vezes mencionados como um desconforto recorrente. Após a realização da atividade diagnóstica sobre esse desconforto, realizou-se a intervenção “ensinar a grávida/casal sobre a presença de edema e varizes durante a gravidez”.

As varizes são mais comuns nos membros inferiores, mas nesta fase podem surgir também na zona vulvar e na parede vaginal como resultado do aumento da pressão venosa na zona inferior ao diafragma, da compressão dos vasos pélvicos pelo útero e devido à diminuição oncótica do plasma (Marchão e Soares, 2016).

Relativamente ao edema, este deve-se a um aumento de retenção hídrica significativa no espaço intersticial, sendo este um desconforto que é referido em cerca de 30% das grávidas. Teve-se em atenção o surgimento de edema intenso e generalizado, relacionando-o com outras possíveis causas patológicas (Marchão e Soares, 2016).

Para uma gestão eficaz destes efeitos colaterais, foram implantadas as intervenções “incentivar a grávida a evitar a posição ortostática ou de sentada por períodos extensos”, “incentivar o uso de roupas confortáveis e não apertadas”, “incentivar a grávida a utilizar meias de descanso com compressão de 70 mmHg”, “incentivar o casal a diminuir o consumo de alimentos salgados”, “incentivar a ingestão de proteínas nas refeições”, “manter uma hidratação adequada”, “incentivar a realização de exercício físico”, “incentivar a massagem suave com água fria” e “ensinar a detetar precocemente sinais de trombose venosa profunda” (Marchão e Soares, 2016; Lowdermilk et al., 2008).

As lombalgias são frequentes no terceiro trimestre da gravidez, devido a um constante crescimento do útero existe um aumento da curvatura da coluna ocorrendo assim uma alteração do centro de gravidade da mulher. Algumas hormonas são libertadas, como os estrogénios e a relaxina, responsáveis pela debilitação dos ligamentos da bacia e pelo consequente aumento do tamanho da cavidade pélvica (Marchão e Soares, 2016). Surge, assim, uma lordose exagerada que sobrecarrega os músculos lombares, levando ao aparecimento da lombalgia.

Foram implementadas as intervenções, para uma gestão eficaz deste desconforto, “incentivar períodos de repouso”; “incentivar que evite longos períodos de pé”; “incentivar uma postura correta”, “usar sapatos confortáveis”, “incentivar o uso de cinta de grávida, com

sustentação lombar”, “incentivar o uso de almofadas suplementares quando está em repouso” (Marchão e Soares, 2016).

O relaxamento dos músculos pélvicos e o aumento de volume do útero, pode originar, também, e a emergência urinária. Pode ocorrer perda urinária associada a um esforço, como espirrar, tossir ou mesmo durante a relação sexual. É uma situação que afeta o dia-a-dia do casal, podendo levar a infecções urinárias. Tendo estes pressupostos, foram implementadas as intervenções “incentivar a grávida a urinar com frequência”, “estimular a grávida a fazer exercícios de reforço pélvico, cinco a dez vezes ao dia” e inerente a esta última intervenção, “ensinar sobre exercícios de Kegel”, “incentivar a grávida a evitar o consumo de bebidas com cafeína”, “incentivar a ingestão de líquidos durante o período diurno” (Marchão e Soares, 2016).

A perda excessiva de muco vaginal, denominada de leucorreia, foi também consignada por algumas grávidas. Ocorre devido à escamação da parede vaginal e ao aumento da vascularização. No decorrer das consultas, quando foi verbalizado o presente desconforto, foram implementadas as intervenções: “informar a grávida sobre uma higiene genital”, “desaconselhar o uso de penso diário” e “aconselhar o uso de roupa interior em algodão” (Marchão e Soares, 2016).

Os sinais que devem levar uma mulher/casal até a um serviço hospitalar de urgência, foram um tema abordado. Após implementar a atividade diagnóstica “avaliar conhecimento sobre sinais de alerta”, caso o conhecimento não fosse adequado, implementou-se a intervenção “ensinar sobre sinais de alerta”. Aquando do ensino eram sempre tidos em conta os seguintes aspetos: a idade gestacional, a patologia e os fatores individuais do casal.

Foram, então, mencionados os sinais de hemorragia vaginal, perda de líquido pela vagina, corrimento vaginal com prurido, ardor ou odor não habitual, dor abdominal, febre, dor ou ardor ao urinar, vômitos persistentes, cefaleias fortes e contínuas, com perturbações de visão associadas, e diminuição da percepção dos movimentos fetais (DGS, 2005). A intervenção “ensinar sobre sinais de trabalho de parto” foi realizada ao casal quando a grávida apresentava cerca de 34 a 35 semanas de gestação.

1.2. Gravidez com complicações

Este módulo é referente à vigilância de mulheres com uma gravidez com complicações, logo com algum tipo de patologia associada. Logo, nos próximos parágrafos ir-se-á explanar as patologias mais comuns na gravidez e sendo mais vivenciadas por nós.

A gravidez não é considerada um estado de doença, contudo o aumento da acessibilidade aos cuidados especializados de saúde diminui significativamente a morbilidade e mortalidade materna e fetal (Orfão, 2016).

O EESMO é capaz de prestar cuidados pré-natais de alta qualidade tendo como principal objetivo maximizar a saúde da mulher, garantindo a deteção precoce e o tratamento ou referência de complicações (Torgal, 2016).

A classificação do risco de uma gravidez deve ser revista em todas as consultas com o casal. Segundo a Rede Materno-Infantil Portuguesa, o grau de risco de uma gestação é indicativo de onde deverá ser realizada a vigilância da mesma, sendo que uma gravidez de baixo risco deve ser vigiada nos Cuidados de Saúde Primários, ao passo que as de risco médio e alto devem ser vigiadas no Hospital de Apoio Perinatal (Orfão, 2016).

Durante o módulo de Gravidez com complicações, foi realizado o acompanhamento de casais grávidos cuja gestação foi classificada como de médio risco. Tratava-se de casais a vivenciar um processo de adaptação à gravidez com maiores riscos associados, quer por existir uma patologia materna ou obstétrica quer pela presença de fatores de riscos associados.

Por ano ocorrem cerca de 120 milhões de gravidezes em todo o mundo, sendo que destas cerca de meio milhão de mulheres morre devido a complicações durante a gravidez ou parto. No que concerne a problemas na gravidez estima-se que 50 milhões de grávidas apresentam uma gestação com algum risco inerente (Cunha et al., 2009).

As intervenções que foram implementadas em todas as consultas realizadas tiveram como objetivo a promoção da saúde da mulher e do casal durante o período pré-natal, facilitando adaptação à gravidez e à sua condição de saúde, atentando ao seu contexto familiar e comunitário (OE, 2010).

São considerados fatores de risco maternos uma idade materna igual ou superior a 35 anos ou inferior a 15 anos de idade; ter um peso corporal superior a 90 quilogramas ou inferior a

45 quilogramas; verificar-se um suporte social adverso; apresentar um comportamento aditivo, como o consumo de álcool ou drogas (Akkerman et al., 2012; DGS, 2006).

Para além dos riscos individuais existem também os riscos obstétricos que foram ponderados nesta avaliação. Foram considerados como fatores de risco obstétricos a existência de histórico de aborto ou abortos de repetição, partos anteriores prematuros, possuir um filho com um peso ao nascimento LIG ou GIG, apresentar um índice obstétrico com mais de seis gestações, apresentar antecedentes de anomalias genéticas na sua família ou na de um progenitor, ter um filho com alterações cromossómicas ou malformações congénitas, ter sido exposta a fatores teratogénicos, ter antecedentes patológicos, tais como HTA crónica, doença renal, diabetes *mellitus*, cardiopatias graves, doença tiróidea, lúpus eritematoso sistémico ou perturbações da coagulação sanguínea, apresentar valores de PA diastólica superiores a 90 mmHg, apresentar diabetes *mellitus* gestacional, apresentar incompatibilidade feto-pélvica, apresentar anomalias da placenta ou membranas placentárias (London et al., 2010; Campos et al., 2008).

1.2.1. Toxoplasmose

Durante as consultas, sempre que foram diagnosticadas situações onde não existia imunidade à toxoplasmose, existiu uma intervenção apropriada. Esta trata-se de uma infeção causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* que está presente em aves e mamíferos, os gatos são considerados como hospedeiros definitivos deste parasita e é eliminado através das suas fezes (Santos et al., 2016)

Nos seres humanos a sua aquisição dá-se através da ingestão de água ou alimentos contaminados, como a carne crua, através da transfusão de sangue e transplante de órgãos, ou pela placenta, sendo esta uma infeção congénita (Santos et al., 2016). No último caso, pode ocorrer uma infeção vertical, existindo penetração através da placenta para o feto (Bojar, Szymanska; 2010 *cit in* Spanhol et al., 2012).

Existe uma relação inversamente proporcional entre a idade gestacional e os sintomas clínicos, isto é, a probabilidade de transmissão aumenta consoante a idade gestacional em que a gestante é contaminada, contudo os sintomas normalmente são mais comuns em recém-nascidos cujas mães adquiriram a infeção no início da gravidez (Remington et al., 2006 *cit in* Spanhol et al., 2012). Após o segundo trimestre da gravidez o risco de transmissão aumenta em 30%, aumentando também a possibilidade de provocar lesões no sistema

nervoso, levando a calcificações cerebrais, a hidrocefalia ou a microcefalia (Molinaro et al., 2012 *cit in* Santos et al., 2016).

Em relação à grávida existe o risco de aborto, febre e convulsões (DGS, 2000). Mulheres que tenham a infeção presente antes da gravidez, ou seja, já apresentem seropositividade, normalmente não transmitem a infeção para o feto (Santana et al., 2003 *cit in* Spanhol et al., 2012).

Para se realizar o diagnóstico à toxoplasmose realizam-se testes imunológicos que indicam a diluição do soro sanguíneo de anticorpos referentes a fase da doença tais como os anticorpos IgA, IgE, IgG ou IgM. A IgA pode surgir quando a transmissão ocorreu por via oral. A IgG eleva-se durante a fase aguda, todavia em titulações menores com alta avidéz, pode indicar uma infeção latente ou crónica (Ministério da Saúde do Brasil, 2010 *cit in* Santos, 2016).

Tendo em conta o exposto, nas consultas em que foi detetado que a grávida não era imune a este parasita, associadas ao diagnóstico de “risco de infeção”, efetuaram-se as intervenções “informar o casal sobre a infeção por toxoplasmose”, “informar o casal sobre a transmissão da toxoplasmose”, “incentivar a lavagem e desinfecção dos alimentos” e “incentivar o casal a evitar ingerir alimentos confeccionadas em locais públicos que possam não garantir as regras de higiene” (ICN, 2015; DGS, 2000).

Acompanhou-se grávidas que não eram imunes à toxoplasmose, contudo um caso sobressaiu. Tratava-se de uma jovem, com a profissão de técnica de análises clínicas, e que referiu que quando casou, iniciou a preparação para a futura gravidez, realizando várias análises sanguíneas. Observou que não possuía imunidade à toxoplasmose. Entrou em contacto com o parasita, visto gostar de sushi e conviver com gatos. Num novo controlo sanguíneo observou que tinha entrado em contacto com o parasita e, aguardou por um novo controlo para comprovar a sua imunidade, não o tendo comprovado. Não se conseguiu encontrar explicações para este caso e, desta forma, a grávida tinha que ter os cuidados referidos anteriormente, pois não conseguia imunizar-se contra o parasita.

1.2.2. Hipertensão arterial

A HTA pode ser induzida pelo estado gravídico, em mulheres que eram normotensas no período anterior à gravidez, ou pode agravar uma HTA crónica que foi diagnosticada num estado não gravídico (Graça, 2012).

A HTA é uma patologia comum, tendo incidências muito variadas por todo o mundo, no entanto estima-se que três por cento a cinco por cento das grávidas que residem na Europa desenvolvem esta patologia. Esta pode ter um início silencioso, os principais sintomas são o aparecimento de epigastrias, púrpura e/ou alterações visuais. Logo, a não deteção desta complicação pode adiar o início de medidas terapêuticas necessárias, agravando o prognóstico materno e fetal (Graça, 2012).

Conquanto, mesmo quando a mulher não apresenta este diagnóstico Médico, procedeu-se à implementação da intervenção “ensinar sobre presença de sinais de alerta da HTA”, para um diagnóstico precoce, ou para prevenção do aumento da gravidade da patologia.

A HTA normalmente surge em fases tardias da gravidez, não apresentando associação com proteinúria, e regride após o 10º de puerpério. O mecanismo fisiopatológico, responsável pela patologia, ainda não está bem descrito, contudo, sabe-se que é uma patologia benigna, e pensa-se que as mulheres apresentavam um ligeiro aumento da PA, anterior à gestação, que não tenha sido identificado. Neste caso, a patologia não carece de terapêutica, apenas a recomendação do repouso, e tanto o prognóstico materno como o fetal são positivos, existe apenas, a probabilidade de numa nova gravidez a patologia voltar a ser diagnosticada (Graça, 2012).

Quando uma mulher realiza terapêutica anti-hipertensiva antes da gravidez, ou são verificadas alterações na PA antes das 20 semanas de gravidez, considera-se que a mesma apresenta HTA crónica associada à gravidez (Graça, 2012). Desta forma, durante as consultas foi implementada a intervenção de “encorajar repouso” (ICN, 2015).

Quando se trata de uma HTA prévia os riscos são maiores, tanto para a grávida como para o feto. Existe o risco de descolamento prematuro da placenta, de pré-eclâmpsia, edema pulmonar agudo, de encefalopatia hipertensiva, de descolamento da retina e de insuficiência renal aguda (Graça, 2012).

Em relação ao recém-nascido, existe um risco acrescido de um parto pré-termo e de apresentar um baixo peso ao nascimento (Graça, 2012).

Quando se tratava de uma patologia prévia a grávida foi acompanhada por uma equipa multidisciplinar, composta por um Médico de medicina interna, uma nutricionista e o EESMO. Durante as consultas associadas a esta patologia, teve-se como foco de atenção a

“gestão do regime terapêutico”, tendo sido implementadas as seguintes intervenções “monitorizar PA”; “monitorizar peso corporal”; “avaliar características da urina” e “avaliar presença de edema” (NICE, 2008).

1.2.3. Diabetes mellitus gestacional

A DG foi a patologia mais comum ao longo das consultas de Enfermagem realizadas.

Durante a gravidez as necessidades fetais tornam-se precedentes às da mãe para que alguns aminoácidos e glicose lhe sejam fornecidos de forma ininterrupta. Existe, portanto, a ação de uma hormona, a insulina, que promove uma diminuição de glicose pela parte materna, passando o seu metabolismo a ser assegurado pelo consumo de ácidos gordos. Portanto, existe uma hiperglicemia pós-prandial e resistência à insulina com uma hiperinsulinémia, levando a que a gravidez, seja descrita por alguns autores, como um estado diabetogénico (Graça, 2012).

A DG é definida por se diagnosticar ou detetar intolerância aos hidratos de carbono no decurso da gravidez, sendo também aplicável aos casos em que a intolerância precedeu a gestação e situações em que a intolerância persiste no período puerperal (DGS, 2011).

O diagnóstico da patologia é confirmado caso o valor de glicemia em jejum seja superior ou igual a 92 mg/dL, mas inferior a 126 mg/dL. Caso o valor em jejum seja superior a 126mg/dL, a grávida deve ser diagnosticada como sendo portadora de uma diabetes pré-gestacional, logo diabetes *mellitus* (DGS, 2011).

No caso de a grávida não apresentar alterações nos valores de glicemia capilar, deve ser reavaliada numa prova de tolerância à glicose com 75 gramas de glicose, cerca das 24 a 28 semanas de gestação. Esta prova não deve ser realizada antes deste período gestacional, pois não existe consistência científica nos resultados encontrados antes desse período. Nesta prova são monitorizados os valores de glicemia capilar, logo após a toma, às zero horas, uma hora após e duas horas após ingerir a glicose (DGS, 2011).

Em 2015 foi realizado um estudo da prevalência da diabetes mellitus na população portuguesa, os dados de 2014 revelam que cerca de 6,7% das grávidas tinham diabetes gestacional, sendo a faixa etária com maior prevalência a dos 30 aos 39 anos de idade (Correia, 2015). A maioria das portadoras de DG apresentam uma hiperglicemia leve e como tal, geralmente, são tratadas exclusivamente com controlo da dieta (DGS, 2011).

Na realidade do CHPVVC todas as grávidas que apresentavam esta patologia eram acompanhadas pelo EESMO, um Médico obstetra, um Médico endocrinologista e uma nutricionista.

Por seguinte, foram implementadas as intervenções “fornecer equipamento para realização da monitorização da glicemia capilar”, “ensinar a grávida a realizar monitorização da glicemia capilar”, “ensinar sobre valores de glicemia capilar considerados normais”, “informar o casal sobre sinais de hipoglicemia e hiperglicemia”, “informar o casal sobre medidas preventivas da hipoglicemia”. Após a avaliação do padrão alimentar da grávida, e caso o controlo da dieta não foi suficiente e a grávida teve que realizar a autoadministração da insulina, procedeu-se à instrução da técnica de administração. Dado existir uma forte relação entre a dieta e o controlo do peso corporal associado ao padrão de exercício físico, sempre que foi pertinente, realizavam-se as intervenções: “incentivar a mudança de hábitos de vida sedentários” e “incentivar a realização de exercício físico” (DGS, 2011).

Numa das consultas de Enfermagem relacionadas com a diabetes gestacional, uma grávida teve uma posição muito reticente quando lhe foi diagnosticada esta patologia. Todavia, após várias tentativas de consciencializá-la falando dos riscos que acarretava para ela e para o seu futuro filho, esta aceitou realizar o controlo da glicemia capilar.

Na consulta seguinte, como era de rotina, pediu-se para observar o livro onde anotava os valores de glicemia capilar. Observou-se os valores, todos estavam dentro dos intervalos corretos, mas muito próximos dos valores máximos que lhe tínhamos fornecido para esta realizar um controlo autónomo.

Questionou-se a grávida sobre a realização das pesquisas convenientemente, esta afirmou que sim, mas corou. Então, pediu-se a máquina de leitura de glicemia capilar que tinha em sua posse, dado que estas possuem memória dos últimos valores. Apenas tinha memorizado os valores da primeira pesquisa de glicemia capilar, realizada ainda na primeira consulta e uma segunda pesquisa de glicemia capilar.

Para despistar possíveis defeitos no dispositivo e para avaliar as habilidades da grávida para executar a pesquisa de glicemia capilar, pediu-se que realizasse uma nova pesquisa de glicemia capilar na consulta.

A grávida demonstrou que não possuía habilidades e a máquina memorizou o valor. Foi confrontada com este facto e ficou muito nervosa, não tendo um discurso lógico para

defender o que anteriormente tinha enunciado. A situação foi comunicada à Médica Obstetra, sendo que a intervenção estava limitada, pois a grávida não mostrava consciencialização face ao problema de saúde.

1.2.4. Consumos aditivos

Durante as consultas foram identificados alguns comportamentos aditivos, que foram foco da nossa atenção, tal como o “uso prévio de tabaco” e “abuso de drogas” (ICN, 2015).

Relativamente ao uso de tabaco, sabe-se que fumar é a principal causa evitável de complicações na gravidez. Estima-se que cerca de cinco por cento a oito por cento dos partos pré-termo e 13% a 19% dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer possam ser atribuídos ao consumo de tabaco durante a gravidez (DGS, 2015).

Muitos dos constituintes do fumo do tabaco atravessam a barreira placentária, tendo impacto direto no feto. O dióxido de carbono, inalado pela mãe pela combustão do tabaco, aumenta a probabilidade de hipoxia fetal e consequentemente anemia funcional, contribuindo para um atraso do crescimento intrauterino fetal e baixo peso ao nascer. O feto detém uma capacidade menor que a mulher para eliminar o dióxido de carbono do corpo, portanto quanto mais a mulher fume, maiores serão os níveis de dióxido de carbono no feto, podendo levar a danos neurológicos permanentes (DGS, 2015).

No CHPVVC existiram casos de abuso de drogas durante a gravidez em que, aquando o início das consultas de Enfermagem, as grávidas já teriam cessado o consumo. Contudo, em relação ao uso de drogas, mantém-se a passagem de substância a nível placentário, pois a placenta é constituída por uma fina camada de células que favorece as trocas materno-fetais. Os efeitos teratogénicos são mais prováveis durante o primeiro trimestre de gestação, portanto é essencial que a nossa intervenção seja iniciada o mais precocemente possível (Lopes e Arruda, 2010).

Quando considerado oportuno e era identificado uma situação de abuso de substâncias, efetuou-se as intervenções “abordar hábitos”, “aconselhar a parar ou reforçar os benefícios de não continuar com os hábitos nocivos”, “avaliar a motivação e a prontidão para fazer uma tentativa para parar o consumo”, “apoiar a tentativa: ajudar na tentativa de parar” e “avaliar o sucesso” (DGS, 2015).

1.2.5. Saúde mental da gestante

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental, a pessoa ao longo do seu projeto de vida e de saúde, confronta-se com diversos desafios que serão ultrapassados ou não tendo em conta as suas capacidades de adaptação (OE, 2011).

A gravidez é considerada um período de vulnerabilidade para a saúde mental do casal, podendo comprometer o desenrolar da gestação (DGS, 2015). Estima-se que cerca de 10% das mulheres sofrem de depressão ao longo da sua gravidez, e se esta não for diagnosticada atempadamente, pode perdurar até e durante o período puerperal (DGS, 2005).

Quando se fala numa gravidez de risco, fala-se de uma gravidez que aos olhos do casal não é o expectável. Assim, este deve ser um dos focos primordiais de atenção em todas as consultas realizadas. Para além da patologia associada à gravidez, existem os desconfortos associado à gravidez, e estes influenciam não só o bem-estar físico da mulher, mas também o seu bem-estar psicológico (Guerra et al., 2014).

As alterações corporais que ocorrem ao longo da gestação, como o aumento do peso corporal, podem também ser um fator preocupante para mulheres que apresentem antecedentes de distúrbios alimentares, ou que apresentam uma grande preocupação com o seu aspeto corporal. Estes problemas podem afetar a qualidade de vida do casal, podendo ter um efeito negativo na ligação mãe-filho, no relacionamento do casal e da própria família (NICE, 2014).

Existem alguns sinais que são demonstrados pela mulher, como a tristeza, crises de choro, insónias, alterações do apetite e verbalização de fadiga, que devem ser identificados com sinais de alerta (NICE, 2014; DGS, 2005). Tendo em conta o exposto, durante o acompanhamento do casal grávido, foram implementadas as seguintes intervenções como atividades diagnósticas: “questionar o casal sobre sentimentos face à gravidez”, “questionar o casal sobre perceção de sentimentos de ansiedade” e “questionar o casal sobre sentimentos de diminuição de sensações de prazer e bem-estar durante as atividades diárias”.

Após a identificação, ou não, de alterações a nível da saúde mental do casal, foram implementadas intervenções “ensinar o casal sobre alterações da saúde mental durante a gravidez”, “incentivar o casal a partilhar os medos e angústias face à gravidez” e “incentivar

o casal a partilhar os medos e angústias face a alterações na saúde mental durante a gravidez” (NICE, 2014; DGS, 2005).

2. INTERVENÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

O segundo módulo do estágio realizado, no CHPVVC, consistiu no acompanhamento de parturientes/casal, internadas por diferentes motivos, desde o início do trabalho de parto, à indução do trabalho de parto e a preparação de grávidas para o parto distócico por cesariana programada.

O trabalho de parto consiste num conjunto de fenómenos fisiológicos, sejam induzidos ou aconteçam de forma espontânea que conduzem à deslocação do feto, das membranas amnióticas, do líquido amniótico e da placenta, e do útero. O trabalho de parto é o culminar de uma série de alterações tanto no útero como no colo uterino, de origem endócrina originadas pela mãe e pelo feto (Fatia e Tinoco, 2016).

O processo de nascimento sempre existiu, trata-se de um processo natural e íntimo. Quem conhece este processo em animais irracionais, sabe que as fêmeas se isolam no momento de “dar à luz” os seus progénitos e procuram um sítio calmo para o momento. Enquanto animais racionais, também o vemos como um processo que deve ser partilhado entre a mulher e os familiares mais próximos da mesma. As práticas instituídas pelos hospitais incluíam rotinas e normas que tinham que ser respeitadas, tornando a mulher um elemento passivo durante o nascimento do filho e impossibilitavam a presença de uma pessoa que a apoiasse (Velho et al., 2010).

A mulher/parturiente deixou de ter o papel de protagonista, resultando na dificuldade em participar no seu próprio parto e tomar decisões. Com o passar dos anos, a mulher foi-se sentindo mais insegura, incapaz de tomar decisões, não conseguindo contrariar as escolhas tomadas pelos profissionais da saúde que acompanham o seu trabalho de parto (Velho et al., 2010).

O parto é vivido pela mulher como um evento distante, com um certo grau de risco e imprevisibilidade. A vivência do parto pode ser ou não tranquila, dependendo da adaptação da mulher. Este é um evento que representa uma das transições, mais importantes na vida da mulher e da sua família. A parturiente necessita de compreensão por parte de quem a acompanha para conseguir enfrentar o trabalho de forma natural, participando ativamente e obtendo assim conforto tanto físico como psicológico. Durante este período existem fatores que assustam a mulher tal como a dor, o sofrimento, a solidão, o período expulsivo e a forma como o bebé irá nascer e estar. As mulheres ficam assustadas, pois sentem que

perdem o controlo da situação e não sabem como o viver. O medo é característico de algo que nos é desconhecido (Santos e Okazaki, 2012). Empoderar a mulher no seu processo de parir é essencial para um bom desfecho, aumentando a probabilidade de existir um parto humanizado e fisiológico (Malheiros et al., 2012).

A gravidez torna a mulher num ser vulnerável. Esta vulnerabilidade é agravada numa situação de trabalho de parto onde o desconhecimento sobre o tipo de assistência a que têm direito, limita o seu poder de decisão, tornando assim a mulher submissa. Algumas parturientes não reclamam nem emitem a sua opinião por medo de represálias dos profissionais da saúde. Muitos destes sentimentos de dificuldade e medo desaparecem após o momento esperado, o nascimento do filho, transformando-se apenas num momento de alegria (Oliveira et al., 2010).

2.1. Acolhimento do casal no serviço/unidade

Aquando do acolhimento do casal/mulher, tinha lugar a avaliação inicial, que consistia numa análise do boletim de saúde a par com a realização de uma entrevista que permitisse compreender como foi a gravidez, quais as suas expectativas face ao trabalho de parto e parto e também para conhecermos o casal da melhor forma.

Eram questionados quanto ao nome pelo qual desejavam ser tratados, se o filho ou filha já tinha nome escolhido, e em caso afirmativo o feto era referido pelo nome, se possuíam algum plano de parto que gostariam de facultar e a frequência de alguma intervenção em grupo de preparação para o parto e parentalidade.

No BSG foram consultados e validados dados referentes ao local, frequência e número de consultas realizadas, a realização e os resultados dos exames e análises clínicas da gravidez, a idade do casal, os antecedentes clínicos e cirúrgicos relevantes, o grupo sanguíneo e fator Rh do casal, alergias e preferências alimentares.

Após a realização do acolhimento do casal foram também informados das políticas do hospital e o processo de Enfermagem foi iniciado sendo identificados os diagnósticos de Enfermagem adequados a cada casal.

Humanizar consiste em proporcionar um atendimento de qualidade articulando a tecnologia e a hospitalidade (Malheiros et al., 2012). O conceito de humanização do trabalho de parto tem sido definido por vários autores como um resgate do acompanhamento do trabalho de

parto respeitando a sua fisiologia e oferecendo um suporte emocional contínuo, não só à mulher, mas também à sua família ou às pessoas que esta decidiu que queria que a acompanhassem. Este apoio também é caracterizado pelo respeito dos desejos da parturiente, por vezes espelhados no seu plano de parto, para que este momento seja vivenciado em toda a sua plenitude. De forma sucinta, humanizar é olhar para a mulher como um ser bio-psico-socio-cultural (Santos e Okazaki, 2012).

Os profissionais da saúde são uma peça importante, senão fundamental, no processo de humanização do trabalho de parto e nascimento e da assistência em geral à grávida/parturiente/recém-nascido. A formação dos profissionais da saúde cada vez é mais exigente e completa em termos teóricos, contudo não deixam de sobressair algumas debilidades na sua atuação, relacionadas com uma assistência integral de qualidade, humanizada e menos intervencionada. Neste aspeto, os Enfermeiros têm uma formação um pouco diferente, uma vez que esta visa uma assistência voltada para o respeito ao parto fisiológico (Malheiros et al., 2012).

O processo de “desmedicalização” não deve ser encarado como um processo de exclusão do Médico no campo da obstetrícia, mas sim como uma modificação de atitude no relacionamento entre a díade profissionais de saúde-parturiente. Este processo consiste na eliminação do raciocínio biomédico como a única possibilidade de entender o processo de parir, oferecendo às mulheres outras opções e direito à escolha (Amorim et al., 2012).

Entre os fatores que podem representar um obstáculo para a implementação da humanização de cuidados durante o trabalho de parto, podem indicar-se o desconhecimento da mulher e dos seus familiares sobre os seus direitos na atenção ao parto e nascimento, a criação de um relacionamento assimétrico entre os profissionais e a parturiente e consequentemente a criação de um ambiente de pouca comunicação, a negação de informações relacionadas com a parturiente e a existência de um comportamento de resignação das mulheres e do seu acompanhante, bem como as más condições estruturais que dificultam o processo de humanização do parto (Santos e Okazaki, 2012).

A OMS tem realizado inúmeras pesquisas sobre o trabalho de parto e preconiza que este tenha o menor número de intervenções possíveis, tendo sempre por base a segurança dos intervenientes, sendo que em caso de existir alguma intervenção, esta deve encontrar-se justificada por sinais e sintomas (Velho et al., 2010). Com base nestas pesquisas a OMS

recomenda algumas atitudes de apoio ao parto humanizado dos quais se salientam os exemplos: respeitar a vontade da mulher em ter um acompanhante durante o trabalho de parto; monitorizar o bem-estar emocional e físico da mesma; responder às solicitações; conhecer a identidade do profissional de saúde; explicar todos os procedimentos que são realizados e ser chamada pelo nome (Santos e Okazaki, 2012).

Estudos demonstram que os Enfermeiros têm desempenhado um papel ativo no estabelecimento de cuidados humanísticos, auxiliando a fisiologia do parto com a tecnologia (Silva et al., 2011). Indispensáveis no acompanhamento da parturiente, já desde o momento do seu acolhimento na sala de parto, partilham com a mulher a sua ansiedade e o medo do trabalho de parto, proporcionam conforto e suporte e estimulam a parturiente a assumir o seu papel de protagonista (Frello e Carraro, 2010).

Os efeitos do suporte à parturiente são positivos sendo disto exemplos a redução da taxa de cesarianas, seguida por uma redução do uso de ocitocina, redução do número de horas do trabalho de parto, a influência na escolha da mulher relativa ao uso de analgesia por via epidural e sem dúvida o aumento da satisfação materna relacionada com o momento do nascimento de um filho (Souza et al., 2013).

O CHPVVC, por ter dimensões mais reduzidas, permite que as grávidas e futuras parturientes sejam acompanhadas pela mesma equipa em todas as valências de Obstetrícia. Segundo Velasque et al. (2011), as mulheres que têm um acompanhamento contínuo da mesma equipa, apresentam uma postura mais confiante e segura relativamente aos procedimentos obstétricos a que são submetidas.

Uma revisão sistemática publicada pela biblioteca Cochrane revela que as parturientes que apresentam um trabalho de parto de baixo risco e que são assistidas por EESMO estão associados a modelos de cuidados com menos intervenções, menor taxa de episiotomia e de parto instrumentado e, mais importante de todos, uma sensação por parte das parturientes de maior controlo do parto. Adicionalmente, as mulheres que são acompanhadas no período pré-natal e trabalho de parto, pelos mesmos profissionais da saúde têm maior possibilidade de iniciar com sucesso o aleitamento materno e menor duração de hospitalização do recém-nascido (Velasque et al., 2011).

O EESMO tem responsabilidade na promoção da saúde da mulher durante todo o seu ciclo vital, desde a gravidez até ao puerpério, educando para a saúde e assistindo no momento de

parir. Este tipo de assistência requer investimento e mudanças na formação dos profissionais da saúde, de forma a superar o modelo biomédico que sustenta o processo de medicalização do trabalho de parto (Velasque et al., 2011)

Durante todo o módulo do estágio incentivou-se a olhar para a mulher como um todo, que tem direito a esclarecimentos, a estar informada e principalmente a ter direito à opinião e à escolha. Tal fenómeno pode ser corroborado pelo facto de ser um Hospital Público, portanto de acesso gratuito e fácil a todas as grávidas, com uma consulta multidisciplinar para a discussão do plano de parto do casal.

No contexto com o processo de humanização foi implementada a intervenção “promover empatia com o casal”, onde nos apresentávamos e procurávamos tranquilizar o casal quanto ao internamento, informando-os sobre rotinas do serviço, informando-os que todos os procedimentos que lhes fossem realizados iriam ser explicados previamente, e aguardada a sua confirmação para a realização.

De seguida foram implementadas intervenções como “facilitar o internamento hospitalar”, “promover a privacidade do casal/parturiente” e “permitir e encorajar a presença de uma pessoa significativa”, adequou-se a luz ambiente e poder-se-iam colocar objetos pessoais na sala, desde que se mantivesse um ambiente seguro, todas estas eram implementadas para melhor a experiência do parto (APEO, 2009).

Os cuidados humanizados passam obrigatoriamente pelo conforto da parturiente. Confortar, na área de Enfermagem, consiste em ser sensível ao relacionar-se com um ser que está a ser cuidado, na procura da criação de uma esfera de conforto, portanto uma abordagem única para cada ser cuidado. Esta experiência é relativa, transcende a dimensão física, pois inclui vertentes físicas, sociais, espirituais, ambientais e psicológicas. Em Enfermagem é caracterizada como uma meta do cuidado (Frello e Carraro, 2010).

Os EESMO habitualmente diagnosticam e eliminam fontes de desconforto antes que este afete o cliente. Contudo o conforto pode existir sem que exista uma fonte contrária ao mesmo. Durante o trabalho de parto existem situações em que o desconforto não pode ser evitado, como por exemplo o facto de a mulher ter que passar pela experiência de dor da contração uterina, porém existem métodos de alívio da dor, sejam estes farmacológicos ou não, que podem ser utilizados e comunicados (Frello e Carraro, 2010).

Um dos diagnósticos de Enfermagem identificados foi “trabalho de parto presente” ou “oportunidade de trabalho de parto”.

No diagnóstico de trabalho de parto, permanece um problema na área da obstetrícia porque os critérios utilizados para o diagnosticar nunca foram cientificamente avaliados. As diretrizes identificam os sinais de início de trabalho de parto como a presença de contrações uterinas, pelo menos de quinze em quinze minutos, juntamente com um destes parâmetros: extinção do colo uterino, dilatação cervical de pelo menos três centímetros ou rotura espontânea de membranas amnióticas (Porto et al., 2010).

O internamento hospitalar de uma parturiente só deve acontecer quando está estabelecida a fase ativa do trabalho de parto o que permite evitar inúmeras intervenções obstétricas desnecessárias. No momento do internamento da parturiente foi preenchido o partograma, que se revela um método útil para a avaliação do progresso do trabalho de parto. De acordo com a OMS o uso de partograma permite acompanhar a evolução do trabalho de parto, documentando-o e permitindo diagnosticar alterações e indicando a tomada de decisões para correção de desvios e assim evitar intervenções desnecessárias. Há, porém algumas dúvidas sobre este método, por assumir que todas as parturientes têm que ter uma evolução similar do trabalho de parto, quando existe a possibilidade de variações em função da condição raciais, socioeconómicas e culturais e como tal, o uso do partograma pode levar a intervenções desnecessárias (Porto et al., 2010). Ponderando sobre o assunto, tendeu-se a conduzir o preenchimento do partograma em modo de gráfico, assumindo que todas as mulheres têm uma evolução do trabalho de parto similar no tempo, e quando isto não acontece, achou-se necessário intervir. Ora, em contexto de assistência ao parto a sensibilidade permitia compreender que cada mulher é uma mulher e cada trabalho de parto é um trabalho de parto, pelo que nem sempre se justificava a intervenção, contudo este exercício requer prática e confiança profissional.

2.2. Primeiro período do trabalho de parto

A avaliação do risco de um trabalho de parto não deve realizar-se apenas no momento em que este se inicia, mas sim durante todo o trabalho de parto (Porto et al., 2010).

Após o cruzamento de diferentes diretrizes chegou-se à conclusão que os fatores indicativos de risco durante o trabalho de parto são: parâmetros anormais na FC fetal, falha na progressão fetal, perda sanguínea, apresentação pélvica, parto disfuncional, malformação

congénita cardíaca (ou outras malformações fetais), restrição de crescimento fetal, cardiopatia fetal, hipertensão materna, diabetes gestacional, gestação múltipla, oligoidrâmnio ou hidrâmnios, gestação superior a quarenta e duas semanas ou aparecimento de mecónio espesso no líquido amniótico (Porto et al., 2010).

Algumas das intervenções rotineiras, como a episiotomia, ou que eram proibidas durante o trabalho de parto, como a deambulação, estão a sofrer alterações. Uma delas está relacionada com a dieta (Porto et al., 2010).

Outrora existia a recomendação de jejum durante todo o trabalho de parto, na eventualidade do parto evoluir para um parto distócico por cesariana e existir necessidade de realizar uma anestesia geral, correndo risco de aspiração do conteúdo gástrico, o chamado síndrome de Mendelson. Contudo, na atualidade é muito baixa a incidência de anestesia geral numa cesariana, principalmente numa parturiente com um baixo risco. Numa fase inicial do trabalho de parto o jejum pode causar uma progressão insatisfatória, levando a uma cascata de intervenções que culminam numa cesariana. Para além disso, durante o trabalho de parto o gasto de energia é equiparável à realização de exercício físico moderado contínuo, esse facto associado à possibilidade de duração prolongada do parto, leva a um aumento de cetonas na urina (Porto et al., 2010).

A OMS recomenda a adoção de dietas pobres em resíduos, por forma a repor as fontes de energia das parturientes prevenindo a sua desidratação e garantindo o seu bem-estar (Porto et al., 2010). Esta é a realidade do CHPVVC, todas as mulheres em trabalho de parto foram incentivadas a beber/comer líquidos claros, desde água, chá, gelatinas ou sumos claros, sem polpa. A receptividade das parturientes a este facto foi grande, e as múltiparas que tinham experienciado um parto anterior em jejum referiam este como um aspeto muito positivo e que tornaram toda a experiência muito mais agradável.

A realização de enemas durante o trabalho de parto depende da preferência do profissional de saúde e dos recursos que este tem à sua disposição. Esta é uma intervenção que pode trazer desconforto à parturiente e aumentar os custos de assistência ao parto. Ao longo dos anos esta técnica era defendida tendo por base que o reto vazio facilitava o parto, reduzia a contaminação fetal ao nascimento e reduzia a contaminação materna e neonatal (Porto et al., 2010).

Uma meta-análise demonstrou que a indicação rotineira de enemas não reduziu a taxas de infecção, nem reduziu a duração do trabalho de parto ou influenciou a contratilidade uterina (Porto et al., 2010). Assim sendo, em caso de ser requisitado pela parturiente seria realizada a intervenção “administração de enema”, contudo durante a realização do módulo de estágio esta nunca foi requerida.

A raspagem dos pêlos pubianos ou perineais (tricotomia) era um procedimento realizado antes ou durante o trabalho de parto. Acreditava-se que reduzia o risco de infecção em caso de laceração perineal, ou aquando da realização da episiotomia, pois facilitava a correção das mesmas e tornava a sutura mais segura (Porto et al., 2010).

Não obstante, estudos realizados não encontraram a efetividade desta prática, pelo que a sua realização não deve ser exigida às mulheres, sendo que estas só o devem realizar por opção (Porto et al., 2010). Assim, a intervenção “executar tricotomia” apenas foi executada rotineiramente na preparação das parturientes que iriam para cesariana.

A punção venosa deve ser realizada ou não de acordo com a parturiente em questão. O soro glicosado não deve ser utilizado rotineiramente para prevenir hipoglicemias neonatais, isto porque pode acarretar efeitos adversos no feto dado que este estimula a produção de insulina pelo pâncreas fetal (Porto et al., 2010).

Um ensaio clínico randomizado que comparou mulheres com a perfusão do soro e outros sem soro, provou que este em nada influenciou a redução da acidemia materna nem no balanço ácido-base (Porto et al., 2010).

Durante a realização deste módulo muitas foram as vezes que administrou a perfusão de soro glicosado para contrabalançar jejuns parciais de muitas horas, no entanto o que a evidência demonstra é que em caso de hipotensão se deve colocar um soro em perfusão, sem necessidade de ser glicosado (Porto et al., 2010). Dependendo do plano de parto do casal/parturiente, ou da fase do trabalho de parto, foi implementada a intervenção “inserir cateter venoso periférico”.

O trabalho de parto é uma situação potencialmente comprometedora da oxigenação fetal, devido à redução da perfusão placentária provocado pelas contrações uterinas e à compressão do cordão umbilical (Borges, 2015).

A palavra cardiotocografia provém do latim, *kardio* significa FC e *tokos* significa trabalho de parto ou parto. Esta é uma tecnologia que vem sendo usada desde há 50 anos e consiste numa monitorização contínua da FC fetal e da contratilidade uterina. O CTG visa por um lado evitar lesões relacionadas com a hipoxia e, por outro, a realização de intervenções desnecessárias que podem conduzir a situações de morbilidade materna e/ou fetal (Santos, 2015). Este é um assunto muito discutido na área da obstetrícia, uma vez que esta tecnologia pode ser realizada continuamente no decorrer de todo o trabalho de parto ou de forma intermitente. A audição intermitente da FC fetal é uma técnica que permite monitorizar a frequência cardíaca por curtos períodos sem realizar o registo do seu padrão. Segundo a FIGO a FC fetal deve ser auscultada pelo menos durante 60 segundos, incluindo um período de 30 segundos após a contração uterina. Os intervalos entre as auscultações devem de ser de 15 minutos durante a fase ativa do primeiro período, e de cinco minutos no segundo período do trabalho de parto (Santos, 2015; Santo, 2016).

Na auscultação intermitente deve ser determinada a linha de base da FC fetal, bem como identificadas acelerações ou desacelerações (Santos, 2015).

Por norma, no CHPVVC a auscultação foi realizada de forma intermitente quando se tratava de um trabalho de parto classificado como de baixo risco.

Em caso de um trabalho de parto com algum risco associado, o CTG foi realizado de forma contínua. Sempre que se mostrava necessário, a auscultação contínua, ou a auscultação intermitente passava a contínua, por dúvidas na leitura do traçado ou por alterações patológicas no mesmo, tentou-se que a parturiente tivesse à sua disposição a telemetria.

A telemetria consiste na avaliação da FC fetal e da contratilidade uterina sem que existam fios a conectar a parturiente a algum dispositivo, portanto de comunicação de informações sem fios. As principais vantagens deste método são a liberdade de movimentos, a possibilidade de monitorização contínua associada e um maior conforto para a mulher.

Assim, para manter a segurança materna e fetal, foi implementada, por cada traçado cardiotocográfico, a intervenção “avaliar CTG”.

2.2.1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor

O foco de atenção “dor do trabalho de parto” esteve presente na maioria dos processos de Enfermagem das parturientes assistidas. Neste foco implementou-se a intervenção

“monitorizar dor segundo escala numérica da dor” pelo menos uma vez por turno, tentando compreender como se sentia a parturiente.

A dor durante a evolução do trabalho de parto é um sintoma comum que antecede o período expulsivo, sendo esta diferente de todas as outras experiências dolorosas experienciadas pela mulher (Mafetoni e Shimo, 2014). A utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor pertence às competências de um EESMO, sendo por isso oferecidos à parturiente quando esta se encontra recetiva. A segurança destes métodos depende da habilidade do Enfermeiro em reconhecer os desvios do padrão, aquando da utilização dos mesmos. O profissional da saúde necessita de ser capaz de diagnosticar necessidades físicas e emocionais da gestante durante o trabalho de parto, conduzindo a uma assistência individualizada (Silva et al., 2013).

A utilização de métodos não farmacológicos tem como objetivo diminuir o *stress* fisiológico e aumentar o grau de satisfação da parturiente. De entre os métodos existentes, a respiração e o relaxamento muscular são os mais atrativos, tanto pela sua simplicidade como por permitirem uma participação ativa da parturiente. Este é também um método que se implementou inúmeras vezes, por ser eficaz na redução da ansiedade e da dor e não causarem efeitos colaterais, nem influenciarem os gastos da instituição (Silva et al., 2013).

No decorrer da realização deste módulo do estágio experienciou-se uma situação que permitiu um desenvolvimento da mestria na utilização destes métodos não farmacológicos, bem como da gestão do *stress* e ansiedade tanto da parturiente como do companheiro.

Durante uma noite deu entrada no serviço do CHPVVC uma mulher em trabalho de parto acompanhada pelo marido. Esta era uma primigesta, de nacionalidade espanhola, que tinha realizado todo o seu acompanhamento no hospital e realizado um plano de parto. Após o internamento da parturiente foi consultado o documento que tinha sido realizado pelo casal para compreender quais os cuidados de Enfermagem que os mesmos pretendiam e a forma como queriam que estes se desenrolassem. Algo chamou à atenção quando se compreendeu que a mulher era alérgica à lidocaína e que queria tentar um trabalho de parto sem recurso à analgesia por via epidural, mas que, no entanto, foi uma hipótese que queriam manter em aberto. Quando o casal foi confrontado com este facto, estes expuseram a situação: numa das suas consultas de vigilância da gravidez foi-lhes proporcionado uma consulta com um Médico Anestesiologista para esclarecerem as suas dúvidas e como resultado compreenderam que embora esta fosse alérgica à lidocaína podia colocar o cateter epidural e fazer uso do

mesmo, mas sem realizar anestesia da pele. O trabalho de parto foi evoluindo e com o auxílio o casal foi utilizando diferentes métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Após oito horas de internamento, e após um exame vaginal, a parturiente compreende que o trabalho de parto não estava a evoluir conforme as suas expectativas e decide solicitar a analgesia por via epidural. Assim, a equipa de Enfermagem, contactou o Médico Anestesiologista de serviço e quando este chega ao serviço e lhe é exposta toda a situação, este responde que não é possível utilizar a analgesia epidural porque o fármaco utilizado para o efeito é um fármaco com componentes similares ao da lidocaína e que pode também ele desencadear uma reação alérgica. Como se trata de uma situação de alto risco para a mulher e para o feto, o Médico não se responsabilizava pela colocação do cateter epidural. Quando foi apresentada a situação ao casal, a parturiente sentiu-se perdida e sem capacidades para continuar com aquelas dores. Com apoio, utilizou a musicoterapia, a massagem terapêutica, o rebozo, a hidroterapia, a imaginação guiada, a bola suíça/parto e os posicionamentos. Passadas 22 horas de trabalho de parto teve um parto eutócico, onde a recém-nascida apresentava um índice de Apgar de nove ao primeiro minuto, e 10 ao quinto minuto.

Aquando da implementação de métodos não farmacológicos da dor, executou-se a intervenção “avaliar conhecimento sobre gestão da dor” e “avaliar conhecimento o casal/parturiente sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor”, e quando necessário realizou-se ensinamentos sobre o método que se achava oportuno para aquela parturiente. Nos seguintes parágrafos ir-se-á expor os diferentes métodos não farmacológicos utilizados durante a realização deste módulo e quais as suas principais vantagens e advertências.

Começa-se por referir a deambulação como um método que necessita de menos recursos para a sua realização e de extrema facilidade de execução. Alguns estudos têm demonstrado que fisiologicamente é melhor para mãe e para o feto quando a mulher se movimenta, pois, o útero contrai mais eficazmente e o fluxo sanguíneo placentário é mais abundante, permitindo que o trabalho de parto seja mais curto e, em princípio, menos doloroso. Acresce, ainda, o facto de que na posição supina a apresentação fetal adapta-se com maior facilidade nos estreitos da bacia, diminuindo as complicações que podem existir durante este período (Silva et al., 2013).

Durante a deambulação a posição corporal da mulher influencia o trabalho de parto, tendo em conta os seguintes mecanismos: a ação da gravidade, o aumento dos diâmetros do canal de parto, a ventilação pulmonar e o equilíbrio ácido-base e a eficiência das contrações

uterinas. Como todos estes fatores influenciam a duração do trabalho de parto, a deambulação traduz-se numa menor necessidade de uso de soro ocitócico, recurso a analgesia, menor frequência de parto vaginal instrumentado e menor número de episiotomias (Silva et al., 2013).

Um estudo do tipo quase-experimental realizado por Mamede et al. (2007), demonstra que as parturientes que deambularam uma distância maior nas primeiras três horas da fase ativa do trabalho de parto tiveram uma redução do número de horas em trabalho de parto. Assim, os autores chegam à conclusão que a maior influência da deambulação ocorre nas primeiras três horas de trabalho de parto, e quanto mais as mulheres deambularem nesta fase, maiores serão os benefícios.

Mafetoni e Shimo (2014), descreveram um estudo que demonstrou que, em mais de metade das mulheres entrevistadas em fase ativa do trabalho de parto, a movimentação e deambulação foram benéficas e contribuíram para o alívio da dor e para a progressão do trabalho de parto. Estes autores mencionam ainda um estudo que utilizou um podómetro para monitorizar a distância percorrida pelas parturientes, chegaram à conclusão que a dilatação do colo uterino aumenta de acordo com a distância percorrida pela mulher, sendo que dilatações maiores estavam associadas a percursos maiores.

A adesão ou não à deambulação durante o trabalho de parto está diretamente relacionada com o suporte, tanto por parte dos profissionais de saúde como pelo apoio que pode ser dedicado pelo acompanhante da parturiente (Mamede et al., 2007).

A bola suíça foi uma das formas de promoção de livre movimentação da mulher durante o trabalho de parto. A *stability ball* surgiu em 1963 tendo sido desenvolvida na Itália como um brinquedo infantil, passando depois a ser utilizada para reabilitação infantil na Suíça. Por este motivo denomina-se bola suíça. Já em 1970 a bola suíça começou a ser utilizada em problemas posturais e neurológicos. No que diz respeito à obstetrícia, os primeiros registos da sua utilização aparecem cerca de 20 anos após a sua criação, já em 1980, numa maternidade na Alemanha, onde era utilizada para auxiliar na progressão do trabalho de parto. As parteiras acreditavam que esta auxiliava na descida e na rotação da apresentação fetal (Silva et al., 2011).

A bola de nascimento é um recurso que não só estimula a posição vertical, mas como permite a adoção de diferentes posições possibilitando, a realização de exercícios pélvicos. Entre os

seus principais benefícios durante o trabalho de parto estão o relaxamento da musculatura, principalmente a pélvica e o facto de permitir trabalhar principalmente os músculos elevadores do ânus e pubococcígeos e a fáscia da pelve (Silva et al., 2011).

Silva et al. (2011), realizaram um estudo descritivo sobre o uso da bola suíça e chegaram à conclusão que, dentro do grupo em estudo, 32,9% das parturientes que utilizaram a bola suíça tiveram auxílio na descida e encravamento da apresentação fetal, 19,7% referiram um aumento do relaxamento, 17,1% referiram aumento da progressão do trabalho de parto, 14,5% mencionaram o exercício perineal e 11,8% narraram alívio da dor. É de salientar que neste estudo as EESMO que foram entrevistadas não observaram a formação de edema vulvar ou perineal após a utilização da bola.

Música é a arte de combinar sons de modo a que estes agradem a audição pondo em ação a inteligência, o falar aos sentimentos e comover a alma. A música está presente em vários rituais importantes na vida do homem. Existem melodias próprias para diferentes ocasiões, desde casamentos a funerais. Assim sendo a música é encontrada em todas as culturas do mundo, desde as civilizações mais ricas até às mais pobres, desprovidas de tecnologia. É também considerada uma ciência, a musicoterapia, que estuda os efeitos terapêuticos nos seres humanos. Alguns dos benefícios da música no homem são tornar a respiração mais lenta e profunda, aumentar a resistência às excitações sensoriais, combater o *stress*, permitir o domínio da afetividade e auxiliar o bom funcionamento da fisiologia (Taberrio et al., 2009).

Nas salas de parto do CHPVVC existe uma televisão com acesso a alguns canais, existindo um canal de música. Existia ainda a possibilidade de o casal levar consigo uma *pen drive* com algumas músicas que fossem do seu agrado para serem reproduzidas. Sempre que foi do interesse do casal foi disponibilizado esse recurso, pois como anteriormente referido, tinha interesse para o relaxamento da parturiente e por vezes notávamos que ajudava na concentração das mesmas, tanto na execução de alguns exercícios, como no momento do período expulsivo.

A massagem lombossacral é uma prática de cuidado simples e pode facilmente, após ensino, ser delegado ao acompanhante da mulher (Mafetoni e Shimo, 2014). Esta é ótima para envolver o acompanhante durante o trabalho de parto e parto, sendo que pode ser utilizada em qualquer altura, pois trata-se de uma técnica simples e de baixo custo e que não tem efeitos colaterais na parturiente, tendo sido por isso muitas vezes incentivada a sua realização (Silva et al., 2011).

Dois estudos que descreveram a utilização desta técnica, após os seis centímetros de dilatação cervical, demonstram que este método foi eficaz numa diminuição franca no relato de dor (Mafetoni e Shimo, 2014).

Um método que se associa facilmente aos restantes é a técnica respiratória. Num estudo descrito por Mafetoni e Shimo (2014), demonstrou que 47,7% das mulheres em fase ativa do trabalho de parto que utilizaram a técnica respiratória, consideraram que esta proporcionou alívio da dor, enquanto 53,9% constatou que lhes proporcionou tranquilidade e apenas 23,5% relata que sentiram aumento da tolerância à dor. O mesmo estudo demonstrou que as mulheres que foram acompanhadas durante o período pré-natal, onde foram realizados ensinamentos sobre as técnicas de respiração e o relaxamento muscular numa perspetiva psicossomática, aquando do trabalho de parto, demonstraram uma interação mais positiva com os profissionais da saúde e apresentavam um alto nível de conhecimento e autoconfiança, demonstrando uma atitude menos amedrontada face ao desconhecido.

A hidroterapia consiste em submergir o corpo em água quente, seja numa piscina, banheira ou no chuveiro. Esta é uma medida que pode promover conforto e relaxamento durante o trabalho de parto. Os benefícios são inúmeros, dos quais se destacam o bem-estar fisiológico materno, o aumento da sensação de relaxamento e de conforto e o alívio da dor (Silva et al., 2011).

É recomendado a sua utilização quando a parturiente está entre os cinco/seis centímetros de dilatação cervical, dado que a sua principal desvantagem é que, numa fase inicial do trabalho de parto, pode fazer com que este evolua de forma mais lenta. No entanto, quando a mulher é submetida à colocação do cateter epidural, não pode usufruir deste método não farmacológico, devido aos adesivos que são colados para a fixação do mesmo (Silva et al., 2011).

A maioria dos estudos que se focam na hidroterapia, recorrendo à entrevista ou monitorização das mulheres em diferentes fases do trabalho de parto, demonstram que a água provoca relaxamento corporal e diminuição da dor entre as contrações uterinas (Mafetoni e Shimo, 2014).

Durante a realização deste módulo, o CHPVVC recebeu uma piscina para a realização da hidroterapia, contudo não experienciamos este método com nenhuma parturiente, principalmente pela adesão das puérperas à analgesia por via epidural. Todavia a experiência

da hidroterapia no chuveiro foi muitas vezes sugerida, principalmente antes de realizarem a analgesia por via epidural. Os resultados nem sempre foram perceptíveis, algumas parturientes verbalizavam que conseguiram um melhor relaxamento e consequente alívio da dor, não na sua totalidade, outras não notavam nenhuma diferença.

A electroestimulação transcutânea é um método que não está relacionado com o tempo em trabalho de parto, mas que estimula o sistema opioide endógeno e consequentemente está associado à redução do uso de medicamentos analgésicos e anestésicos. Não obstante, num estudo realizado em 2011, cerca de 50% das parturientes que usufruíram deste método não farmacológico de alívio da dor relataram algum desconforto e incómodo na sua utilização (Silva et al., 2011).

Uma parturiente deu entrada no serviço e após se realizar o acolhimento e colheita de dados, ficou com o seu marido na sala de partos. Como se tratava de uma fase inicial do trabalho de parto, a equipa ausentou-se durante algum tempo. Após o regresso, a parturiente estava num colchão de ioga com o acompanhante a realizar-lhe uma massagem na região lombar. Questionou-se sobre a dor e esta refere que naquele preciso momento sentia uma enorme pressão e dor na região que o marido massajava. Quando se olhou mais atentamente visualizaram-se uns fios ligados à parturiente, questionou-se o que se tratava, o acompanhante explicou que estava a utilizar a electroestimulação transcutânea. Até cerca de seis centímetros de dilatação cervical a parturiente utilizou apenas métodos não farmacológicos para o alívio da dor, mas, como o trabalho de parto estava a ser mais longo que o esperado, acabou por solicitar analgesia por via epidural.

Mafetoni e Shimo (2014), relatam que as parturientes que utilizam este método não farmacológico para o alívio da dor sentem o seu alívio e pedem mais tardiamente analgesia farmacológica, bem como aumenta o intervalo entre tomas de medicação.

A termoterapia consiste na aplicação de calor numa determinada área corporal com objetivos terapêuticos (Branco et al., 2005). O calor superficial é indicado para a redução da dor e do espasmo muscular (Denegar, 2003 *cit in* Neves, 2011). Este método tem duas formas de classificação: quanto à profundidade atingida, podendo ser superficial ou profunda, e quanto à forma de transmissão, a condução, convecção ou a conversão. No caso em concreto, em que a termoterapia seria aplicada com compressas sobre os músculos lombares, trata-se de uma termoterapia superficial aplicada por condução pois a

transferência de calor é feita através do contacto direto entre dois corpos a diferentes temperaturas (Branco et al., 2005).

Independentemente da forma como é administrado, o calor apenas penetra nos tecidos até uma profundidade de milímetros abrangendo apenas a epiderme e derme (Hayes, 2002 *cit in* Neves, 2011). Deste aquecimento, algum será realizado de forma direta e outro de forma indireta através do sangue que transportará o calor até às áreas adjacentes (Robertson et al., 2005 *cit in* Neves, 2011). Para existirem efeitos terapêuticos, a temperatura deve encontrar-se num intervalo muito restrito, mais propriamente entre os 40 e os 45,5°C. A variação da temperatura é da responsabilidade da fonte térmica e deve ser tido em conta que o tamanho da área a tratar irá ter uma forte influência sobre a mesma. Quanto mais rápida for a sua variação térmica, mais favoráveis serão os seus efeitos biológicos. A temperatura deve manter-se elevada durante cerca de três a 30 minutos. As vantagens terapêuticas para a utilização deste método não farmacológico são: vasodilatação capilar e arteriolar, aumento do metabolismo celular, aumento do limiar de percepção das aferências sensitivas, modulação da condução no nervo periférico, bloqueio medular, libertação de endorfinas e diminuição da sensibilidade do fuso neuromuscular ao estiramento. As últimas três indicações para a utilização da termoterapia estão relacionadas com a analgesia e o efeito mio-relaxante, sendo estas as indicações terapêuticas que sustentam a utilização deste método não farmacológico para o alívio da dor durante o trabalho de parto, principalmente na primeira fase do mesmo (Branco et al., 2005).

Na primeira fase, ou período do trabalho de parto, a parturiente, independentemente da posição, sente com maior intensidade dores na região abdominal e lombar (Mamede, Almeida e Clapis, 2004). Assim, é importantíssimo proporcionar um alívio desta dor com recurso, por exemplo, à termoterapia. A termoterapia também proporciona uma diminuição da rigidez articular ou peri-articular e desta forma, tendo em conta que será utilizada para a região lombar, pode-se esperar que exista uma ligeira ação na diminuição da rigidez da bacia que se sabe ser uma das estruturas mais importantes durante todo o trabalho de parto (Branco et al., 2005).

O uso de métodos não farmacológicos que aumentem a temperatura corporal devem ser utilizados com precaução. É necessária especial atenção a portadores de patologia inflamatória ou traumática, hemorragias ou alterações de coagulação, vasculopatia aterosclerótica, áreas isquémicas, patologia cardiovascular descompensada, patologia

neoplásica ou infecciosa, lesões dermatológicas, alterações da sensibilidade térmica e portadores de cicatrizes ou feridas abertas (Branco et al., 2005).

Relativamente a possíveis complicações, a queimadura por temperatura excessiva é a principal. A vasodilatação causada pelo calor leva à diminuição da PA e a um aumento da FC, tendo sido alvo de atenção redobrada a monitorização destes sinais vitais (Branco et al., 2005).

A termoterapia foi introduzida no CHPVVC, uma iniciativa após a frequência de uma formação sobre posições sobre o trabalho de parto e métodos não farmacológicos que podiam auxiliar o mesmo. Juntamente com a vertente teórica foram manufaturados uns sacos com bolsas de gel quente/frio, que podem ser reutilizadas desde que devidamente desinfetadas. Imagens desses sacos podem ser consultadas no Anexo 1.

Quando a parturiente não consegue um controlo eficaz da dor com recurso a métodos não farmacológicos ou estes não fazem parte do seu plano de parto, recorre-se à utilização da analgesia por via epidural. Uma das grandes questões relacionadas com esta analgesia está relacionada com o momento para a colocação e utilização do cateter epidural. Um estudo realizado por Costa et al. (2014), demonstra que existe uma maior incidência de partos distócicos por cesariana quando a primeira administração de analgesia por via epidural é efetuada com uma dilatação do colo uterino inferior a três centímetros de dilatação cervical, comparando com as mulheres que a realizaram após esta dilatação cervical. Para além de aumentar a incidência de cesarianas, aumenta também o número de horas do trabalho de parto.

O acompanhante durante o trabalho de parto, embora não seja visto como um método não farmacológico de alívio da dor, pode ser visto como um fator facilitador durante o internamento. Após recomendação da OMS em 1995, para o parto humanizado, a presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto foi permitida e aconselhada, podendo esta pessoa ser tanto o companheiro(a) como um familiar ou até mesmo um amigo(a) (Teles et al., 2010).

A presença da pessoa escolhida pela parturiente durante o processo do parto contribui claramente para um apoio mais contínuo. Este pode levar a um aumento do bem-estar físico e emocional da mulher e favorece uma boa transição para o período puerperal, já para não mencionar o consequente aumento do sentimento de segurança que pode levar a uma

diminuição de dificuldade e complicações durante o processo de parir, utilização de analgesia, ocitocina e diminuição do tempo de internamento. Apesar da evidente importância da figura da pessoa que acompanha a parturiente, nem sempre a sua companhia é agradável, querida e benéfica para a parturiente (Teles et al., 2010).

Esta situação aconteceu durante a realização deste módulo. Uma parturiente jovem, com uma história de vida de abandono pelos pais, cresceu numa instituição e mais tarde foi viver com uma tia. Esta mulher tinha um aspeto pouco cuidado embora a sua tia tivesse uma excelente apresentação. Foi difícil comunicar com a mesma, quase não falava e estava recorrentemente ao telemóvel. Referiu que queria estar acompanhada pelo pai da criança, que segundo ela era o seu namorado. Ele também tinha um aspeto pouco cuidado, mantinha uma comunicação breve, não ajudava a parturiente em nenhuma situação nem sequer quando esta referia queria beber água. Deste “casal” nunca existiu um ato de ternura e afeto, nunca tiveram uma troca de palavras, pois encontravam-se cada um a usar o seu telemóvel. A parturiente não foi proactiva durante o trabalho de parto e muito menos aceitava as intervenções. Passou todo o trabalho de parto na cama e apenas se levantava para ir à casa de banho. Aquando do nascimento do filho de ambos, o acompanhante não teceu qualquer comentário, não se observou felicidade em nenhum dos intervenientes. O pai não se levantou para ver o filho e apenas telefonou a alguém para que o pudessem vir buscar, pois, o filho tinha acabado de nascer. A recente mãe estava emocionada, mas não se sentiu que fosse de uma forma feliz, pois estava sozinha. Considera-se que este é um excelente exemplo de que o acompanhante não foi de todo um bom elemento neste internamento e inclusivamente dificultou a nossa ligação com a parturiente. Nestes casos, torna-se ainda mais importante que a parturiente tenha conhecimento que esta é uma opção, e que poderá contar sempre com a companhia dos profissionais de saúde que a irão acompanhar durante todo o processo.

Um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa realizado em 2008 por Teles et al. (2010), demonstrou que a maioria das acompanhantes eram do sexo feminino, cerca de 80%, na sua maioria mães. Apenas 33,4% escolheram ser acompanhadas pelo pai da criança. Este facto realça a importância de o acompanhante ser escolhido durante a gravidez para que seja uma escolha ponderada e traduza uma pessoa com a qual tenha intimidade e confiança suficientes para partilhar este momento único e marcante da vida da mulher.

Respeitante à participação dos acompanhantes, cerca de 9,5% das mulheres considera que o companheiro não participou ativamente no trabalho de parto, 63,5% referem que estes foram uma importante fonte de apoio emocional, embora sem conhecimentos sobre alívio da dor e apenas 22% consideraram que o acompanhante as apoiou na plenitude das suas necessidades (Teles et al., 2010).

Em relação à dor do trabalho de parto e à gestão da mesma, é de salientar a dor do período expulsivo que pode e deve ser gerida através da adoção de diferentes posições corporais. A dor sentida pela mulher é fortemente influenciável por fatores comportamentais, temperamentais, culturais, orgânicas e *stress* (Nilsen et al., 2011)

No que toca à dor relacionada com o segundo período do trabalho de parto, um estudo com cerca das 20 parturientes confirmou que a posição vertical ou lateral é a que permite a maior diminuição da sensação dolorosa, comparando com a posição supina ou de litotomia. A posição de litotomia, que tem sido a mais utilizada nos últimos anos, leva a um período expulsivo mais alargado e a uma maior taxa de episiotomias, para além de que os puxos expulsivos da mulher também menos eficazes (Nilsen et al., 2011).

2.3. Segundo período do trabalho de parto

No período expulsivo, a posição vertical reflete a necessidade de a mulher ter um papel ativo no seu parto, e assume-se também como a posição mais confortável e facilitadora da expulsão do feto. Em oposição, a posição horizontal dificulta a movimentação e aumenta a sensação de dor e cansaço (Nilsen et al., 2011).

Quando a mulher está posicionada verticalmente sabe-se que as contrações são mais frequentes e têm maior intensidade, e para além disso, existem estudos que revelam que nesta posição as parturientes perdem cerca de 500 mililitros comparando com outras posições. Um intermédio entre estas duas posições é a posição de semi-sentada, em que o tronco da mulher tem que estar elevado cerca de 30 graus. Nesta posição, segundo um estudo realizado em 2011, no pós-parto é referido pelas mulheres uma maior dor perineal e uma perceção de maior dificuldade em relação ao parto. Outra posição que também pode ser adotada é a de decúbito lateral esquerdo, dado que esta reduz o uso de ocitocina e de realização de episiotomias, reduz a perda sanguínea materna e diminuição de traumas perineais, lacerações vaginais e perineais (Nilsen et al., 2011).

A realidade que foi transmitida pelos profissionais do CHPVVC pode ser associada ao que foi descrito anteriormente. Neste centro hospitalar as parturientes decidem a posição em que querem parir, sendo que estas são orientadas sobre as posições que podem adotar e incentivadas a “ouvirem” o seu corpo e a posicionarem-se confortavelmente.

Assim, quando oportuno, foi implementada a intervenção de Enfermagem “ensinar sobre posicionamento”, pois nem todas as parturientes eram detentoras deste conhecimento, e aquando o segundo período do trabalho de parto implementou-se a intervenção de Enfermagem “incentivar alternância de posicionamentos”. O que foi presenciado ao longo da realização deste módulo é que nem sempre o que está descrito na literatura pode ser totalmente aplicado a todas as mulheres. Existiram experiências com mulheres que experimentaram diversas posições verticais, desde a posição de cócoras na cama até à posição no banco de parto, e sentiram-se mais confortáveis na posição semi-sentada. Salienta-se ainda a ideia generalizada na nossa sociedade que um parto tem de ser realizado na posição litotômica e como tal, quando são sugeridas outras posições, as mulheres acabam por não aceitar porque acreditam que isso não é socialmente aceitável e que é ligeiramente animalesco. A maioria dos partos realizados foram na posição de decúbito lateral esquerdo e em nenhum desses partos houve a necessidade de episiotomia e as lacerações foram ou vaginais ou perineais, sendo que as mais graves foram apenas de segundo grau.

Após o nascimento do recém-nascido, um tema que foi fortemente discutido no CHPVVC era o tempo de clampagem do cordão umbilical. Este é constituído por duas artérias e uma veia, rodeados pela geleia de *Warton* que confere proteção e suporte aos vasos sanguíneos. Após o parto, o cordão umbilical continua a pulsar o que é sinónimo de perfusão placentária de sangue para o recém-nascido. Segundo Abalos (2009), existe uma perfusão de 80 mililitros no primeiro minuto entre a placenta e o recém-nascido, levando a que em três minutos perfundam cerca de 100 mililitros. A laqueação prévia do cordão umbilical iniciou-se devido à elevada taxa de mortalidade infantil e materna. Com o auge da medicina os Médicos tinham a opinião que com esta intervenção, esta taxa iria diminuir (Marcos, 2015). Na atualidade, a OMS defende que atrasar a laqueação em um a três minutos confere tempo para que o recém-nascido receba mais 30% do volume sanguíneo placentário e isso traduz-se em mais 60% de eritrócitos pelo que, consequentemente as reservas de ferro aumentam em 50% após a hemólise dos eritrócitos em excesso (OMS, 2012).

Mc Donald et al. (2013), numa revisão de 15 estudos aleatórios não conseguiram demonstrar quaisquer diferenças significativas entre a hemorragia pós-parto comparando os diferentes *timings* de laqueação. Contudo, estes autores, relativamente aos casos de clampagem tardia, conseguiram demonstrar inúmeras vantagens, tais como: o peso médio dos recém-nascidos com laqueação tardia do cordão umbilical foi maior e a concentração de hemoglobina foi menor nas primeiras 24 a 48 horas nos recém-nascidos com laqueação precoce. Apesar destas alterações se dissiparem ao segundo dia de vida, as diferenças nas reservas de ferro mantiveram-se, sendo que foi verificada a existência do dobro da possibilidade destes recém-nascidos terem carências de ferro quando comparados com os recém-nascidos que tiveram uma laqueação tardia.

Relativamente a mães com o HIV ativo, segundo a OMS (2013), a clampagem tardia do cordão umbilical não aumenta o risco para o recém-nascido até porque o sangue que está em transfusão nesse momento é o mesmo que está durante toda a gravidez.

Similarmente, os recém-nascidos pré-termo também têm vantagens de uma laqueação tardia do cordão umbilical, dado que esta restringe em 59% a taxa de hemorragia intraventricular, reduz em 62% a taxa de enterocolite, reduz em 29% a taxa de *sepsis* neonatal e diminui em 52% a taxa de transfusões sanguíneas, sem referir que aumenta também as reservas de ferro no momento do nascimento, diminuindo assim a incidência de anemia infantil (Rabe et al., 2012).

A única desvantagem da laqueação tardia do cordão umbilical é o aparecimento da icterícia fisiológica neonatal que atualmente se reconhece ser de fácil tratamento e que em nada prejudica o recém-nascido. Por tudo isto, o *Royal College of Midwives*, atenta na necessidade de respeitar e apoiar a decisão da mulher na escolha do tipo de gestão do cordão umbilical do seu filho e do terceiro período do trabalho de parto (Royal College of Midwives, 2014).

2.4. Terceiro e quarto período do trabalho de parto

Depois da expulsão fetal entra-se no terceiro estágio do trabalho de parto, a dequitação. Esta termina quando se dá a expulsão da placenta.

Uma diminuição súbita das dimensões uterinas e das respetivas contrações levam a uma redução da área de implantação da placenta, conduzindo a um espessamento da mesma. A tensão resultante desse processo leva à clivagem na camada esponjosa, formando-se o

hematoma retroplacentar, acelerando o processo de descolamento do revestimento basal e a sua expulsão. A expulsão dá-se em dois tempos, num primeiro dá-se a separação da placenta da parede uterina e a descida para a vagina, num segundo tempo ocorre a sua saída pela vagina (Fatia e Tinoco, 2016).

O tempo de descolamento é variável de mulher para mulher, na maioria dos partos a placenta separa-se do revestimento basal cerca de cinco a sete minutos após a expulsão (Fatia e Tinoco, 2016). Contudo, existem três tipos de procedimentos que podem ser adotados face à dequitação. Pode-se optar por um manuseamento ativo que consiste na administração de fármacos uterotómicos, acompanhados de uma clampagem precoce do cordão umbilical e por último uma tração controlada do cordão até à exteriorização da placenta (Begley et al., 2015).

Ao invés, é possível adotar uma atitude expectante, onde não existe administração de nenhum fármaco, idealmente o cordão umbilical não é clampedo nem cortado até à expulsão placentária e a placenta exterioriza-se espontaneamente, por ação da gravidade e da mulher, se esta sentir vontade de realizar o puxo (Begley, 2012; Rogers, 1998 *cit in* Begley et al., 2015).

Por último, existe o procedimento intermédia, que resulta da conjugação de uma intervenção de cada atitude mencionada anteriormente, um exemplo é quando é administrada terapêutica uterotónica, mas o cordão umbilical apenas é clampedo/cortado após parar de pulsar (Begley et al., 2015).

Ao longo da realização deste módulo, quase sempre a atitude que se adotou foi a atitude intermédia, a clampagem do cordão umbilical foi realizada após este parar de pulsar, e se conjugavam ou a administração de terapêutica uterotónica ou a tração controlada do cordão umbilical até à exteriorização da placenta.

Após a dequitação verificou-se a formação do Globo de Segurança de *Pinard*, a perda sanguínea e por fim observou-se criteriosamente a placenta e as membranas, para serem despistadas possíveis retenções placentárias ou membranas fragmentadas.

É nesta fase que podem ocorrer complicações como a atonia uterina e a inversão uterina (Fatia e Tinoco, 2016). Apenas foi experienciada uma situação de atonia uterina que facilmente reverteu após administração de terapêutica.

O último período do trabalho de parto também pode ser denominado de período de *Greenberg*, e corresponde às primeiras duas horas após a saída da placenta, sendo fundamental para o processo de hemóstase. Durante este período existe uma maior probabilidade de ocorrerem grandes hemorragias, pelo que foi importante, e de acordo com o implementado, a palpação abdominal do útero para verificar a sua contração, a avaliação de perda sanguínea por via vaginal, avaliar o períneo e monitorizar os sinais vitais (Marshall & Raynor, 2014 cit in Fatia e Tinoco, 2016).

Durante de trabalho de parto e parto procurou-se promover a transição do casal/mulher, facilitando o seu internamento hospitalar e tentando fomentar a sua saúde e bem-estar familiar.

3. O PLANO DE PARTO E A SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE – REVISÃO INTEGRATIVA

O conceito de plano de parto surgiu em 1980, descrito por Sheila Kitzinger nos Estados Unidos da América. Tratava-se de um documento de caráter legal que continha as escolhas da mulher para o período pré-natal, parto e pós-parto (Silva et al., 2017). Este consiste num documento escrito que é elaborado pelo casal grávido, onde o mesmo expressa os seus desejos relativamente ao trabalho de parto e parto. Neste sentido serve como elo de informação e ligação entre a equipa de profissionais da saúde e o casal, facilitando a compreensão de expectativas do casal relativamente ao seu parto (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O plano de parto tem como objetivo geral orientar e preparar, não só a mulher e o seu companheiro(a), mas também a equipa de profissionais da saúde que irá prestar cuidados a esta família. Este serve também o propósito de explicar os procedimentos que a mulher reconhece como identificadores de conforto e aqueles que ela não deseja que aconteçam, sendo que esta terá sempre de compreender que, caso seja necessário executar algo que não seja parte integrante do seu plano, terá uma explicação por parte de algum profissional da saúde sobre a necessidade do mesmo (Silva et al., 2017).

3.1. Introdução ao problema

Uma das funções do plano de parto é atribuir à mulher o direito à informação e à decisão, tornando-a protagonista do seu trabalho de parto e parto. Se se quiser identificar a importância de planificar o parto pode-se falar no princípio bioético da autonomia, onde são abordados conceitos como a autodeterminação, direito à liberdade, privacidade e livre vontade (Silva et al., 2017).

Alguns estudos analisados referem o plano de parto como “um componente de alto potencial”. Na verdade, este possui a capacidade de melhorar a comunicação entre os profissionais da saúde envolvidos na gravidez, trabalho de parto e parto, e a mulher/casal. É também um meio educativo que possibilita à mulher o acesso à informação e construção de conhecimentos indispensáveis para que esta se sinta empoderada para tomar as suas próprias decisões. O plano de parto pode também trazer benefícios para os EESMO, pois pode ser utilizado como um elemento que substancia a sua prática do cuidar da mulher/casal (Silva et al., 2017).

Um assunto muito em voga na atualidade é a violência contra a mulher, sendo que uma das suas variantes se refere à violência obstétrica. Muitas mulheres presumem que o fato de elaborarem um plano de parto as vai distanciar desta potencial situação, contudo é importante que a mulher tenha consciência que um plano de parto não é garantia de que os seus desejos possam ser totalmente cumpridos pelo serviço de saúde onde irá entrar em trabalho de parto, aliás existem locais onde os profissionais da saúde não são recetivos à existência um plano de parto (Silva et al., 2017).

A satisfação das mulheres em relação ao seu plano de parto é também objeto de análise. A satisfação do cliente é um fator já muito estudado no Marketing e nos últimos anos tem sido descuidada na área da saúde. A definição de satisfação na área do comércio já é estudada desde 1993, sendo que a satisfação do cliente sempre foi considerada a chave para o sucesso do negócio pois representa o ponto de partida para a fidelização do cliente (Johnston, 2001).

No marketing sempre foi necessário angariar compradores e na área da saúde não, dado que as pessoas necessitam obrigatoriamente, em alguma fase da sua vida, de recorrer a hospitais e centros de saúde. Felizmente nos últimos anos este é um paradigma que está a sofrer alterações. Já existem auditorias para o controlo de satisfação dos clientes em relação ao atendimento hospitalar.

No CHPVVC as EESMO têm à disposição dos casais uma consulta para a criação/discussão de um plano de parto. Este plano de parto foi criado, de forma institucional, por uma equipa multidisciplinar (Médicos Obstetras, Médicos Anestesistas e EESMOS) e trata-se de um documento escrito com respostas fechadas. Esta consulta é uma forma de a equipa de profissionais de saúde mostrarem aos casais as opções que têm a oferecer para o seu parto e desta forma estes poderem fazer uma escolha informada daquilo que planeiam que aconteça no seu parto.

Tendo em conta a relevância do plano de parto, a forma como este pode influenciar a satisfação da mulher, o crescente interesse dos profissionais da saúde em compreender se os seus clientes estão satisfeitos com os serviços prestados e de que forma podem aumentar essa satisfação, surgiu a questão orientadora: “Qual a influência do plano de parto na satisfação da mulher relativamente ao seu parto?”. Deste modo, com o objetivo de identificar a evidência científica mais recente relativamente ao plano de parto e os seus efeitos na mulher, recorreu-se à realização de uma revisão da literatura.

3.2. Metodologia

A prática baseada em evidências caracteriza-se por uma abordagem centrada no cuidado clínico e ensino fundamentados no conhecimento e na qualidade da evidência científica. Desta forma surge a revisão integrativa da literatura, que através de uma abordagem metodológica permite a inclusão de diversos métodos apresentando um enorme potencial para a prática baseada em evidência em Enfermagem (Souza et al., 2010).

Segundo Whitemore e Knafl (2005), o termo “integrativa” tem origem na reunião de opiniões, conceitos ou ideias provenientes de pesquisas, devendo ser este o procedimento a ser escolhido quando se quer realizar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre um determinado tema (Botelho, Cunha e Macedo, 2011 *cit in* Grupo Ânima Educação, 2014).

A revisão integrativa consiste numa abordagem metodológica ampla alusiva às revisões. Esta permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do problema em estudo. Um amplo leque de propósitos tem de existir ao longo de uma revisão integrativas, tais como, a definição de conceitos, a revisão de teorias e evidências e a análise de problemas metodológicos relativos a um tema em particular. Assim, por este tipo de revisão apresentar uma ampla amostra, contendo uma multiplicidade de propostas, deverá gerar um panorama consistente e compreensível de problemas na saúde relevantes para a prática da Enfermagem (Souza et al., 2010).



FIGURA 1: Etapas de uma revisão integrativa da literatura (Botelho, Cunha e Macedo, 2011 *cit in* Grupo Ânima Educação, 2014).

Baseando a revisão numa prática baseada na evidência, a pesquisa foi desenvolvida entre os meses de Outubro de 2016 e Dezembro de 2017 nas bases de dados disponíveis em: EBSCO host (Academic Search Complete; CINAHL Plus with Full Text; CINAHL Complete; MedicLatina; MEDLINE with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; ERIC; PubMed; The Cochrane Library e Google Académico. Assim, foram definidos os seguintes descritores: birth; plan; empowerment; satisfaction; labor; childbirth; childbearing e obstetric labor. Através destes descritores, formou-se a frase booleana que nos permitiu a pesquisa: "birth plan" AND (empowerment OR satisfaction) AND (labour OR childbirth OR childbearing OR "normal birth" OR "obstetric labour").

Como critérios de inclusão para a seleção de artigos foi definido que apenas usar-se-iam os artigos com acesso ao texto integral e cujo idioma de publicação fosse em inglês, português ou Castelhana. Relativamente ao ano de pesquisa, inicialmente estipulou-se um intervalo de dez anos, portanto entre 2007 e 2017, contudo devido à escassez de artigos no período referido, o intervalo foi alargado encontrando-se entre 1995 e 2017. Definiu-se também que os artigos que constituíssem revisões sistemáticas, mais concretamente aqueles que fossem meta-análises, seriam preferenciais, devido ao elevado nível de evidência e rigor desses estudos. Estabeleceu-se ainda que os artigos que não mencionassem o plano de parto, a satisfação ou o empoderamento no seu título ou resumo seriam excluídos. Sempre que necessário procedeu-se à leitura integral do artigo encontrado de modo a compreender se este se enquadrava nos critérios pré-selecionados.

3.3. Resultados

A pesquisa realizada originou vinte e dois artigos na plataforma EBSCO host, nove artigos na base de dados PubMed, 2020 artigos na base de dados Google Académico e nenhum artigo na base de dados The Cochrane Library. Para mais fácil compreensão, descreveu-se a pesquisa realizada na Tabela 1.

Pesquisa efetuada com a frase booleana: "birth plan" AND (empowerment OR "satisfaction") AND (labor OR childbirth OR childbearing OR "normal birth" OR "obstetric labor").			
Bases de dados	Artigos encontrados	Artigos escolhidos	Justificação para exclusão dos artigos
PubMed	9	0	Não foram selecionados pois tratavam-se de repetições de artigos já selecionados.
EbscoHost	22	7	Foi excluído um pois tratava-se da publicação de póster, dois foram excluídos pois após a leitura do resumo estes não se enquadravam na temática em estudo e outros dois foram excluídos por não apresentarem acesso gratuitos.
Google Académico	2020	2	Foram excluídos 2018 artigos pela repetição, leitura do título e resumo. No Google académico não foi possível a aplicação de filtros avançados o que dificultou a pesquisa. No entanto, achou-se pertinente a inclusão destes artigos de forma a conseguir complementar a informação com artigos de relevância científica.
The Cochrane Library	0	0	

TABELA 1: Pesquisa realizada

Procurou-se agrupar os dados considerados relevantes da leitura dos artigos selecionados. Assim, foram incluídos o título da publicação, o ano da publicação, a fonte, o objetivo, a metodologia, os resultados e o nível de evidência. Este foi identificado tendo por base a Pirâmide 5 S' de Haynes (Haynes, 2007).

ARTIGO Nº 1

Título do artigo	Birth plans – Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study	N.E
Ano de Publicação	2017	V
Fonte	Wiley	
Objetivos	Compreender se a presença de um plano de parto foi associada ao modo de parto, intervenções obstétricas e satisfação da mulher.	
Metodologia	<p>Estudo de coorte</p> <p>Amostra composta por mulheres que tiveram um parto no <i>Cedars-Sinai Medical Center</i> entre Setembro de 2013 e Julho de 2014, com uma gestação única com mais de 34 semanas, onde o feto se encontra em apresentação cefálica e estava programado um parto por via vaginal. Como critérios de exclusão tinham o facto de as mulheres terem sido submetidas a um parto distócico por cesariana, o feto apresentar uma malformação, ou uma restrição de crescimento intrauterino, serem conhecidas anomalias placentárias, existir uma suspeita de descolamento de placenta, ou estar contraindicado um parto por via vaginal. Os grupos de comparação foram formados por mulheres que chegaram ao hospital com plano de parto escrito, e o outro grupo era constituído por mulher que não o tinham.</p> <p>Foram comparados os tipos de parto, características da puérpera e do recém-nascido, e satisfação da mulher em relação ao parto. As diferenças entre os grupos foram analisadas utilizando o qui-quadrado para variáveis categóricas, <u>teste de Fisher</u> para dicotômico variáveis e <u>teste de Wilcoxon</u> para variáveis contínuas ou ordinais.</p> <p>Após o parto as parturientes preenchiam um questionário de satisfação onde eram avaliados três domínios: satisfação total em relação ao parto, se a experiência do parto correspondia às expectativas e se sentiram controlo sob a experiência de parto.</p>	

Resultados	<p>Pertenceram ao grupo cerca de 143 mulheres com plano de parto escrito, e 157 mulheres sem plano de parto.</p> <p>Os autores chegaram à conclusão que não existiram diferenças significativas nas comorbidades médicas (hipertensão ou diabetes), nos partos distócicos por cesariana, no aparecimento de corioamnionite, hemorragia pós-parto, lacerações perineais, na execução de episiotomias, em relação ao recém-nascido não existiram diferenças significativas no índice de APGAR dos RN entre os dois grupos. Contudo existiram diferenças significativas na administração de vitamina K e da profilaxia ocular, sendo que esta foi realizada menos vezes no grupo mulheres com plano de parto escrito.</p> <p>Existiram diferenças significativas no número de intervenções obstétricas, rotura artificial de membranas, uso de analgesia epidural sendo o número menor nas mulheres com plano de parto escrito.</p> <p>Respeitante ao grau de satisfação relativamente ao trabalho de parto e parto, este foi menor nas mulheres com plano de parto, tendo estas sentido menos controlo durante o trabalho de parto e menor correspondência às expectativas.</p>	
Conclusão	Os autores concluem que são necessárias pesquisas adicionais para compreender como melhorar a satisfação da mulher em relação ao parto.	

ARTIGO Nº 2

Título do artigo	Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan	N.E
Ano de Publicação	2017	V
Fonte	Hawaii's Journal of Medicine & Public Health	

Objetivos	Descrever a comunicação, confiança e resultados de satisfação após o parto num grupo de mulheres que usaram um plano de parto padronizado.
Metodologia	<p>Estudo descritivo</p> <p>Entre Setembro de 2014 e Novembro de 2015, no <i>Kapiolani Medical Center Women's Outpatient Clinic</i> em Honolulu, foi criado um plano de parto padronizado baseado nas opções que a clínica disponibilizava. Como critérios de inclusão tinham o facto de as mulheres conseguirem ler e compreender o plano de parto de forma autónoma, e como critério de exclusão tinham as mulheres com parto distócico por cesariana programada, e mulheres com partos por via vaginal pré-termo. As mulheres iniciavam o processo após as 24 semanas de gestação, onde tinham uma consulta com o Médico obstetra. Nesta consulta forneciam informações demográficas, e respondiam às questões “utilizando um plano de parto, o quão satisfeita pensa que estará com o parto e trabalho de parto?”, “pensa que tem uma comunicação adequada com os profissionais da saúde que estão a acompanhar a sua gravidez?” e “confia nos Médicos que estão a cuidar de si”. Para responder a estas questões utilizavam uma escala visual analógica. Após responderem a estas questões, preenchiam o plano de parto autonomamente. Após o parto, respondiam às mesmas questões, utilizando a escala visual analógica, na companhia de um investigador que não esteve envolvido nos seus cuidados.</p>
Resultados	A maioria das mulheres que entraram no estudo referiram que numa próxima gravidez tencionavam criar um plano de parto novamente. Os autores encontraram dados estatisticamente significativos no aumento da satisfação, comunicação e confiança depois do parto nas mulheres que realizaram um plano de parto, contudo foram pequenos aumentos. Assinalaram que estes aumentos foram mais visíveis em múltiparas, mulheres com idades compreendidas entre os 26 aos 35 anos, e mulheres com níveis elevados de instrução educacional.

Conclusão	<p>Os autores referem que antes da realização deste estudo poucas eram as mulheres que utilizavam o plano de parto. Quiseram com este estudo introduzir o conceito de plano de parto nas grávidas, pois esta é uma via fácil para a discussão de opções disponíveis para a mulher durante o trabalho de parto e parto. Concluem que a maioria das mulheres teve uma experiência positiva de trabalho de parto e parto, tendo obtido resultados positivos em relação à satisfação, comunicação e confiança com profissionais da saúde. Referem como limitações do estudo, o facto de as mulheres preencherem os documentos no gabinete médico, podendo influenciar os valores, para valores mais altos, apesar de terem garantido que as respostas não afetariam os cuidados Médicos. Destacam, também, o facto de não existir um grupo de controlo no estudo, e que desta forma não podem concluir que os resultados positivos estavam diretamente relacionados com a execução de um plano de parto. Concluem que embora o aumento da comunicação, satisfação e pontuação de confiança não possam ser atribuídos unicamente ao plano de parto, podem referir que a maioria das intervenientes do estudo relataram que usariam um plano de parto num parto subsequente, sugerindo que a maioria encontrou um efeito positivo na execução do plano.</p>	
------------------	---	--

ARTIGO Nº 3

Título do artigo	Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction	N.E
Ano de Publicação	2016	V
Fonte	Wiley Periodicals, Inc.	
Objetivos	Caracterizar os pedidos individuais de um plano de parto e determinar se o número de pedidos e o seu cumprimento pelos profissionais de saúde estão associados à satisfação relativa à experiência de parto.	

Metodologia	<p>Sub-análise de um estudo de coorte</p> <p>Apresentam uma amostra de 302 mulheres com gestação única, com idades gestacional superior a 34 semanas, apresentação fetal cefálica, que tencionam ter um parto por via vaginal e que apresentavam um plano de parto escrito. Como critérios de exclusão o facto de as mulheres terem sido submetidas a um parto distócico por cesariana, o feto apresentar uma malformação, ou uma restrição de crescimento intrauterino, serem conhecidas anomalias placentárias, existir uma suspeita de descolamento de placenta, ou estar contraindicado um parto por via vaginal. Após o parto as parturientes preenchiem um questionário de satisfação onde eram avaliados três domínios: satisfação total em relação ao parto, se a experiência do parto correspondia às expectativas e se sentiram controlo sob a experiência de parto.</p>	
Resultados	<p>Os autores identificaram 23 pedidos diferentes ao longo dos 109 planos de parto escritos que analisaram. Os pedidos mais comuns foram o desejo de nenhuma analgesia por via intravenosa, de amamentação exclusiva e de não administrarem analgesia por via epidural. Estes compreenderam que quanto maior for o grau de pedidos respeitados maior é a satisfação total em relação ao parto, melhor é a experiência do parto e as mulheres sentem mais controlo sobre a experiência de parto. Contudo, quanto maior for o número de pedidos, a probabilidade de redução de satisfação em relação ao parto aumento em 80%.</p>	
Conclusão	<p>Os autores concluem que existiram algumas limitações no estudo, como o número de amostra ser pequeno e o facto de se centrarem em apenas um hospital. Acreditam que o presente artigo trouxe contributos na forma como pode ser influenciada a experiência de parto, e esperam que o trabalho futuro seja centrado na identificação de fatores que tornem os planos de parto mais efetivos na melhoria da experiência de parto das mulheres.</p>	

ARTIGO Nº 4

Título do artigo	Effect of Implementing A Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes	N.E
Ano de Publicação	2015	V
Fonte	Journal of Education and Practice	
Objetivos	Aplicar um plano de parto e compreender quais os seus efeitos nas experiências de parto das mulheres e resultados nas mulheres e recém-nascidos.	
Metodologia	<p>Estudo Quase-Experimental</p> <p>O autor apresentou-se a cada mulher e numa breve explicação sobre o estudo obteve o seu consentimento informado. Cada mulher foi admitida na clínica, constituindo o grupo da amostra, sendo-lhe apresentado o plano de parto preparado pelo autor, onde foi explicado, preenchido, e posteriormente discutido. Cada mulher foi atribuída a uma Enfermeira e a um Médico, para as conhecerem e compreenderem o seu plano de parto, e explicaram-lhes quais as limitações que poderiam ser colocadas pelo facto de se tratar de um ambiente hospitalar. No grupo de controlo pertenciam mulheres que não realizaram plano de parto, e o parto iria ser realizado nas mesmas condições mencionadas anteriormente. Após o parto o autor questiona-as se estas estavam satisfeitas com a sua experiência de parto e aplicou a Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP).</p>	
Resultados	Os resultados demonstram que as mulheres com plano de parto relatam uma maior satisfação em relação ao trabalho de parto, tal como mais experiências positivas, menor duração do segundo período do trabalho de parto, menor número de intervenções durante o trabalho de parto, menor número de partos distócicos por cesariana, menor número de realização de episiotomia, relato de menor dor durante o trabalho de parto, e melhor índice de APGAR ao primeiro e quinto minuto de vida do recém-nascido, comparativamente com o grupo de controlo.	

Conclusão	O autor conclui que foram realizadas algumas descobertas importantes sobre o efeito do plano de parto na experiência de parto e resultados maternos e neonatais. Sendo que tem resultados positivos no tipo de parto, redução do nível de dor durante o trabalho de parto e parto, escala de APGAR e os resultados são altíssimos quando falamos na satisfação da mulher relativamente à experiência de parto. O autor também deixa algumas recomendações para o futuro, como a implementação do plano de parto hospitalar e a instrução dos profissionais da saúde sobre a utilização do mesmo, consciencializando os EESMO sobre a sua importância da sua implementação, e continuação de investigação sobre esta área, sendo mais aprofundada nos resultados após o nascimento.	
------------------	--	--

ARTIGO Nº 5

Título do artigo	Uso e influência dos planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado	N.E
Ano de Publicação	2015	
Fonte	Revista Latino-Americana de Enfermagem	
Objetivos	Conhecer, analisar e descrever a situação atual dos planos de parto e nascimento comparando o processo de parto entre mulheres que apresentaram um plano de parto e as que não o apresentaram.	
Metodologia	Estudo de coorte Estudo realizado entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2012, no Hospital Clínico Universitário Virgen de la Arrixaca de Múrcia. O critério de inclusão foi terem o parto no hospital, e como critérios de exclusão estavam as mulheres que tiveram um parto distócico por cesarina programado, mulheres com um parto por via vaginal com idade gestacional igual ou inferior a 37 semanas de gestação, mulheres com fetos mortos, mulheres com partos múltiplos, e	V

	<p>falta de preenchimento dos registos do trabalho de parto e parto. Em primeiro lugar efetuaram uma análise descritiva da amostra e em seguida determinaram as variáveis relacionadas com o plano de parto.</p>	
Resultados	<p>Os resultados de comparação revelaram sete diferenças significativas. As mulheres que apresentaram um plano de parto realizaram um maior número de contato pele a pele com os recém-nascidos, optaram por posições diferentes durante o trabalho de parto e parto, ingeriram um maior número de líquidos, clamparam o cordão umbilical do recém-nascido mais tardiamente e foi o grupo que obteve um maior número de partos por via vaginal.</p>	
Conclusão	<p>Os autores concluem que o plano de parto influencia positivamente o trabalho de parto e parto, aumentando as dimensões de segurança, eficácia e satisfação das mulheres, bem como o seu sentimento de empoderamento. Para além disso, referem que o EESMO é o profissional da saúde adequado para acompanhar a mulher na elaboração do plano de parto.</p>	

ARTIGO Nº 6

Título do artigo	Effectiveness of the Use of Birth Plan in Hong Long Chinese Women: a Qualitative Exploratory Research	N.E
Ano de Publicação	2007	V
Fonte	Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics and Midwifery	
Objetivos	Explorar as perceções das mulheres de Hong Kong e a efetividade do uso de um plano de parto pré-definido.	
Metodologia	<p>Estudo Qualitativo</p> <p>O estudo decorreu numa unidade de Obstetrícia no hospital de Hong Kong. As participantes foram recrutadas, entre Janeiro e Março de 2006, cerca de seis semanas antes do dia estimado de parto. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada, onde algumas das questões estavam relacionadas com a definição de plano de</p>	

	parto (para as mulheres), e eram encorajadas a expressar sentimentos e pensamentos que fossem surgindo durante a entrevista.	
Resultados	O autor refere que a maioria das mulheres refere que o plano de parto foi útil para se lembrarem, durante o trabalho de parto, do que tinham planeado, que este também serviu como um meio facilitador de comunicação entre a mulher e o EESMO, que as parturientes primíparas revelavam menos ansiedade e nervosismo pois ajudou-as a preparem-se psicologicamente para o seu parto. Referiram, também, que tinham poder de escolha ao formular o plano de parto, e que este também as ajudava a compreender quais poderiam ser as suas escolhas. A maioria das mulheres concordou que o plano de parto foi útil, verbalizando sentimentos como segurança, e satisfação quando relembavam as suas experiências.	
Conclusão	Concluem que não existiram expressões negativas quanto ao uso do plano de parto. A maioria das participantes mencionou o plano de parto como um elemento útil, sentindo-se felizes e satisfeitas relativamente ao processo de trabalho de parto e parto. Referem que as mulheres se sentiram mais empoderadas e que foi possível uma comunicação mais efetiva durante o trabalho de parto com os profissionais da saúde. Para além disso, o plano de parto preveniu a duplicação de informações e promoveu uma melhor compreensão entre os intervenientes. Como limitações o autor referiu o número reduzido de participantes no estudo. Os autores recomendam que num futuro exista uma atualização constante relativamente ao plano de parto, mais em concreto sobre a forma como este pode mudar práticas na área, reduzindo a insatisfação das mulheres e facilitando sentimentos positivos relativamente à experiência do parto.	

ARTIGO Nº 7

Título do artigo	Birth Plans: The Good, the Bad and the Future	N.E
Ano de Publicação	2006	V
Fonte	Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses	
Objetivos	Discutir a história e os propósitos dos planos de parto e abordagens para resolver pressões entre as mulheres e os profissionais.	
Metodologia	Artigo de opinião	
Resultados	A maioria das pesquisas sugerem que não existem diferenças entre as mulheres que apresentam um plano de parto e as mulheres que não têm. Para além disso existe um autor que indica que os planos de parto podem irritar os profissionais da saúde, o que irá influenciar os resultados obstétricos. Um estudo em 2003 revelou que as mulheres que apresentaram um plano de parto às suas EESMO sentiram-se menos satisfeitas com as mesmas, referindo que estas diminuíram os padrões de suporte e respeito para com elas, comparativamente às mulheres que não apresentavam um plano de parto.	
Conclusão	A autora refere que o plano de parto é uma importante ferramenta para ajudar as mulheres a atingirem os seus objetivos pessoais e terem o parto que desejam. Sugere que as investigações futuras sobre os efeitos do plano de parto devem ter em considerações as políticas e práticas hospitalares, para que possa estabelecer-se uma comunicação efetiva entre as mulheres e os profissionais da saúde. Deixa também uma recomendação aos Enfermeiros dizendo que devem apreciar os planos de parto pelo que eles são, uma tentativa das mulheres serem tratadas como um ser individual, que quer evitar intromissões e dialogar com quem a cuida.	

ARTIGO Nº 8

Título do artigo	Is the Childbirth Experience Improved by a Birth Plan?	N.E
Ano de Publicação	2003	V
Fonte	Elsevier Inc.	
Objetivos	Compreender se o plano de parto influência positivamente a experiência de parto da mulher.	
Metodologia	<p>Estudo Comparativo</p> <p>Entre Abril e Agosto de 2000, 271 mulheres que tiveram um parto por via vaginal na unidade de Obstetrícia de Östra, fizeram parte do grupo de controlo do estudo, sendo que as suas gravidezes e parto foram categorizadas em “normal, complicada e de alto risco”. Entre Novembro de 2000 e Julho de 2001, mulheres grávidas seguidas na mesma unidade de saúde formaram do grupo de intervenção. Como critérios de exclusão definiram mulheres com parto distócico por cesariana programa e mulheres que não compreendiam/escreviam sueco. A este grupo foi aplicado um questionário que deu origem ao plano de parto, e mais tarde (33 semanas de gestação), foi discutido com a EESMO. A quando a entrada da mulher no hospital, em trabalho de parto, foi fornecido o plano de parto aos profissionais de saúde responsáveis. Uma semana após o parto estas mulheres foram contatadas para preencher um questionário para avaliação da experiência de parto. O grupo controlo apenas preencheu este questionário pós-parto. O grupo de intervenção foi dividido em dois grupos, tendo por base a classe socioeconómica.</p>	
Resultados	Cada um dos grupos era constituído por 271 mulheres. Comparando os grupos, o grupo de intervenções atribuiu um score mais baixo relativamente à relação que estabeleceram com a primeira EESMO que encontraram, sendo que mencionaram com o score mais baixo a escuta ativa, respeito dos desejos e suporte. Contudo não existiram diferenças significativas entre os grupos	

	relativamente às parteiras subsequentes que cuidaram durante o parto, Médico, medo do parto, dor durante o parto, sensação de controlo, preocupações com a criança e a experiência total. A hipótese de que a classe socioeconómica poderia ser um fator facilitador ou inibidor durante o trabalho de parto também foi rejeitada.	
Conclusão	Os autores concluem que um questionário no final da gravidez, seguido de um plano de parto, não foi eficaz para melhorar a experiência das mulheres no parto. Contudo, referem que novas pesquisas devem surgir guiadas pelo facto de que, em alguns grupos de mulheres o medo do parto, a dor e as preocupações com a criança terem sido melhoradas. Para além disso sugerem mais pesquisas para conseguirmos compreender se um plano de parto pode ser útil em mais contextos, com diferentes cuidadores e políticas.	

ARTIGO Nº 9

Título do artigo	Do Birth Plans Empower Women? Evaluation of a Hospital Birth Plan	N.E
Ano de Publicação	1995	V
Fonte	Blackwell Science, Inc.	
Objetivos	Avaliar um plano de parto hospitalar e compreender se o plano de plano empodera as parturientes.	
Metodologia	<p>Estudo descritivo</p> <p>Foi utilizado um plano de parto formatado para conseguirem informar os profissionais de saúde sobre as preferências e necessidades das mulheres. Cada plano de parto tinha 50 opções de resposta fechada, e estavam disponíveis em seis línguas. Este plano de parto foi aplicado em dois hospitais distritais, com características populacionais semelhantes, onde responderam 102 mulheres nos dias anteriores ao seu parto. Após o parto as mulheres completaram o questionário respondendo se o plano de</p>	

	parto foi seguido. No plano de parto existiam algumas perguntas de resposta aberta, sendo estas do tipo, se existiu alguma coisa durante o parto que não deveria ter acontecido, ou se existiu alguma coisa que não entenderam, e se recomendariam a outras mulheres executarem um plano de parto.	
Resultados	Cerca de 77% das mulheres tiveram um parto por via vaginal, sem complicações associadas, 10% necessitaram de induzir o trabalho de parto, seis por cento tiveram complicações associadas ao parto, envolvendo para um parto distócico, dois por cento tiveram um parto distócico por cesariana, por via programada, e cinco por cento necessitaram de um parto distócico por cesariana emergente. Relativamente à utilização do plano de parto para a compreensão do que iria acontecer, cerca de 95% indicaram que ajudou a compreender o que poderia acontecer e quais eram as suas opções, em 89% ajudou na compreensão do período expulsivo do trabalho de parto e em 84% ajudou a compreender o período puerperal, 92% das mulheres referiram que foram capazes de expressar as suas preferências durante o trabalho de parto, 85% fizeram-no durante o parto e 90% fizeram-no após o nascimento do recém-nascido. No que diz respeito a se as mulheres encorajariam outras a utilizar o plano de parto, 95% responderam afirmativamente e 81% justificou com pelo menos um motivo a sua escolha. Quase todas as mulheres cotaram o plano de parto como algo útil, sendo que mesmo as que tiveram algum género de desvio em relação ao planeado, indicaram que nem sempre as coisas ocorrem da forma como desejamos. Certas mulheres reconheceram como útil o facto de mesmo sobre dor ou <i>stress</i> a planificação do parto ajudar a pensar mais claramente, e que este as tornou mais confiantes, informando-as sobre os seus direitos. Por outro lado, existiram poucas mulheres a expressar frustração relativamente à sua experiência de parto hospitalar.	
Conclusão	Os autores concluem que devido ao número elevado de mulheres que recomendariam o plano de parto, e as inúmeras razões pelo	

	<p>qual o fariam que foram mencionadas, indica que as participantes se sentiram confiantes na expressão dos seus desejos/sentimentos à equipa de profissionais da saúde que as acompanharam. A maioria das mulheres afirmou que eram capazes de expressar as suas necessidades e preferências à equipa de profissionais da saúde, e que estes as ouviram e tentaram suprir essas necessidades. Reconhecem que a execução de um plano de parto pode ser um elemento precioso para empoderar as mulheres, tendo em conta as respostas positivas que obtiveram. Identificam que uma das limitações do estudo poderia ser o facto de não existir comparação entre mulheres que utilizaram o plano e as que não o fizeram, mas mencionam que as multíparas providenciaram uma evidência indireta, sendo esta positiva. Referem ainda que este pode ser um recurso importante para mulheres que não tiveram oportunidade de frequentar intervenções em grupo de preparação para o parto compreenderem o trabalho de parto e quais as suas opções, mas que, contudo, o plano de parto não substitui esta preparação durante a gravidez, e que o ideal seria estas complementarem-se.</p>	
--	---	--

3.4. Discussão

Através da análise dos artigos seleccionados foi possível compreender que existem dados pertinentes para responder à pergunta orientadora desta pesquisa. A maioria dos artigos analisados relata que a experiência de parto da mulher é melhorada através da utilização de um plano de parto (Anderson et al., 2017; Suárez-Cortés et al., 2015; Farahat et al., 2015; Sham et al., 2007; Moore et al., 1995). Um dos estudos menciona quais os fatores/critérios presentes num plano de parto que podem influenciar a experiência de parto (Mei et al., 2016).

Quando se fala em plano de parto pode-se falar em dois tipos, os livres, onde a mulher livremente menciona os seus desejos, sem quaisquer tipos de restrições impostas, e os planos de parto institucionais, onde a instituição pré realiza um plano de parto com as condições e opções que podem proporcionar à mulher e assim, tendo em conta o que está disponível, a mulher realiza as suas escolhas.

A análise de um estudo de coorte realizada por *Mei et al. (2016)*, fala sobre de que forma as escolhas da mulher num plano de parto podem influenciar a sua experiência de parto. Este estudo indica-nos que quantos mais pedidos das mulheres forem respeitados mais positiva será a sua experiência, pois existirá uma maior sensação de controlo sobre o que vai acontecendo ao longo do trabalho de parto e parto. Contudo, quantos mais pedidos forem redigidos num plano de parto maior será a probabilidade de a sua experiência de parto ser negativa. Isto porque nem sempre o que uma mulher idealiza pode ser realizado naquela instituição e também porque quanto maiores são os requisitos mais complicada se torna a intervenção dos profissionais da saúde para respeitar todas os parâmetros. Deste modo, os autores concluem que para se melhorar a satisfação das mulheres/casais em relação ao seu parto, cada instituição deve criar um plano de parto que traduza o que podem oferecer ao casal e o que é possível os profissionais da saúde realizarem, para que as expectativas do casal sejam as mais realistas possíveis e assim possam ter uma experiência de parto positiva.

Segundo *Lothian (2006)*, o plano de parto é uma importante ferramenta para ajudar as mulheres a atingirem os seus objetivos pessoais e terem o parto que desejam. Contudo, nem sempre este é reconhecido pelos profissionais como algo positivo. A autora destaca que os planos de parto são uma tentativa de as mulheres serem tratadas como um ser individual, que quer evitar intromissões e dialogar com quem a cuida.

Segundo um estudo de coorte realizado por *Afshar et al. (2017)*, comparando um grupo de mulheres que apresentaram um plano de parto com um grupo de mulheres que não o realizaram nem apresentaram à equipa de profissionais de saúde, o grau de satisfação relativamente ao parto foi estatisticamente superior no grupo de mulheres que não tinha plano de parto. Entre os dois grupos não existiram diferenças significativas em relação a comorbidades médicas (hipertensão ou diabetes), aos partos distócicos por cesariana, ao aparecimento de corioamnionite, a hemorragia pós-parto, a lacerações perineais, à execução de episiotomias e em relação ao recém-nascido não existiram diferenças significativas no índice de APGAR e ao peso ao nascimento. Existiram apenas diferenças significativas no número de intervenções obstétricas, na rotura artificial de membranas, no uso de analgesia epidural, na administração de vitamina K e da profilaxia ocular ao recém-nascido, tendo sido menos realizada no grupo mulheres com plano de parto escrito. Desta forma, os autores concluem que a discussão de opções é benéfica para mulher/casal e que o importante não é

necessariamente a criação de um plano de parto, mas sim a oportunidade de discutirem as opções disponíveis para o parto.

Esta conclusão é corroborada em parte por Lundgren et al. (2003), referindo que a realização de um plano de parto não foi eficaz para melhorar a experiência das mulheres em relação ao seu parto. Ao realizar a comparação entre o grupo de mulheres que realizou o plano de parto e as mulheres que não o realizaram, não existiram diferenças significativas entre os grupos no que toca à satisfação em relação às Enfermeiras que prestaram cuidados durante o parto, aos Médicos, ao medo do parto, à dor durante o parto, à sensação de controlo, às preocupações com a criança e à experiência global. Porém, este relata que o primeiro grupo atribuiu um score mais baixo respeitante à relação que estabeleceram com a EESMO que lhes prestou cuidados durante a gravidez, tendo este grupo também atribuído um score mais baixo à escuta ativa, ao respeito dos seus desejos e ao suporte oferecido.

Conclusões opostas são apresentadas por outros autores. Segundo Anderson et al. (2017), a maioria das mulheres que realizaram o plano de parto referiram que numa próxima gravidez tencionavam criar um plano de parto novamente. Estes autores encontraram dados estatisticamente significativos no aumento da satisfação, comunicação e confiança depois do parto, comparando com mulheres que não realizaram plano de parto. Estes aumentos foram mais visíveis em mulheres com experiências de parto anteriores, portanto múltiparas, com idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos e com níveis elevados de instrução educacional que nunca haviam realizado plano de parto anteriormente.

A satisfação do parto está relacionada com muito mais do que o simples facto de tudo correr bem, existindo assim diversos fatores que importam. Segundo Farahat et al. (2015), as mulheres com plano de parto apresentam níveis mais elevados de satisfação pois conseguem identificar mais experiências positivas ao longo do trabalho de parto e parto, têm uma menor duração do segundo período do trabalho de parto e um menor número de intervenções durante o trabalho de parto, relatam menor dor percebida durante o trabalho de parto e apresentam um menor número de realização de episiotomias. Estes dados são descritos por quase todos os artigos que demonstram uma melhoria da satisfação da mulher em relação à experiência de parto.

Nem todos os autores conseguem obter dados ou relatos objetivos sobre a satisfação das mulheres em relação ao parto, contudo a maioria das mulheres refere que o plano de parto foi útil dado que lhes permitiu lembrarem-se durante o trabalho de parto do que tinham

planeado, porque o mesmo funcionou como um meio facilitador de comunicação entre as mesmas e o EESMO e também porque facilitou a compreensão de quais eram as suas hipóteses de escolha promovendo assim um sentimento de empoderamento. As participantes do estudo que eram primíparas revelavam menos ansiedade e nervosismo, referindo que o plano de parto as ajudou a preparem-se psicologicamente para o seu parto. Assim os autores conseguiram concluir que o plano de parto foi relevante para estas mulheres dado que demonstravam sentimentos de segurança e satisfação quando relembavam as suas experiências de parto (Sham et al., 2007). Esta já tinha sido uma hipótese defendida por Moore et al. (1995), que, devido ao número elevado de mulheres que recomendariam o plano de parto a outras, concluindo que estas participantes se mostraram mais confiantes na expressão dos seus desejos/sentimentos à equipa de profissionais da saúde.

De forma idêntica Suárez-Cortez et al. (2015), concorda com a influência positiva do plano de parto nas dimensões da segurança, eficácia e satisfação das mulheres, bem como no seu sentimento de empoderamento. Acrescenta que o profissional da saúde que deve realizar o acompanhamento da mulher/casal na criação/discussão de um plano de parto será a EESMO.

3.5. Conclusão

Pela avaliação dos resultados obtidos na presente revisão integrativa procurou-se avaliar a influência do plano de parto na satisfação da mulher em relação ao parto.

Pode-se concluir que a opinião sobre a temática não é unânime entre os autores. Contudo, a maioria defende que a realização do plano de parto, se for desenvolvido tendo em perspetiva a realidade da instituição onde irá acontecer o parto, terá um efeito positivo na satisfação da mulher/casal em relação ao parto.

Ao longo da revisão deparámo-nos com algumas dificuldades, como as diferenças nos métodos utilizados nos estudos, bem como o nível de evidência dos artigos, o que não permite tirar conclusões consistentes relativamente a esta problemática, sendo necessário mais estudos na área.

Com esta revisão pretende-se sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância e pertinência do plano de parto, e estes poderiam incluir a consulta para discussão do plano de parto em mais instituições hospitalares para que cada vez mais fosse possível a prestação de cuidados competentes, mais humanizados e com maior qualidade.

4. INTERVENÇÃO DURANTE O PERÍODO PUERPERAL

O puerpério é definido como um período do ciclo gravídico-puerperal em que as alterações que ocorreram durante a gravidez e parto retornam ao seu estado pré-gravídico, logo após o trabalho de parto, mais concretamente duas horas após a expulsão da placenta (Strapasson e Nedel, 2010).

À fase puerperal estão associados três intervalos, o puerpério imediato, precoce e o tardio, englobando cada uma diferentes períodos de recuperação. O puerpério imediato ocorre até às primeiras 24 horas após o parto, o precoce dura até ao término da primeira semana, e o tardio termina após seis semanas (Graça et al., 2010).

Durante a realização deste módulo, contactou-se com puérperas a vivenciar o puerpério imediato e precoce, pois sem intercorrências, a alta hospitalar dá-se após 48 horas em partos eutócicos ou distócicos por ventosa ou fórceps, e 72 horas em partos distócicos por cesariana.

Durante o puerpério ocorrem na mulher inúmeras transformações de adaptação psico-orgânicas. Neste período verifica-se a involução dos órgãos reprodutivos e o estabelecimento da lactação. Contudo, as transformações nesta fase englobam muito mais do que transformações a nível físico (Strapasson e Nedel, 2010).

O período do pós-parto pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes, tais como: euforia e alívio. Estes sentimentos são potenciados pelas experiências de cada mulher, por exemplo, uma boa experiência de parto, com o culminar no nascimento de um filho saudável, aumenta a autoconfiança da mulher, enquanto que o desconforto físico, causado por uma má experiência de parto, leva a um aumento da ansiedade e à indução de sentimentos de insegurança para tomar conta do recém-nascido (Strapasson e Nedel, 2010).

O puerpério é um período considerado de risco no que toca a alterações fisiológicas e psíquicas, tornando-se essencial a intervenção do Enfermeiro (Strapasson e Nedel, 2010), ao identificar precocemente as dificuldades dos novos pais, devendo atuar como elementos facilitadores através da prestação de cuidados e apoio (Felgueiras et al., 2013).

Assim, tornam-se essenciais cuidados que tenham por base a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e a educação para a saúde, acompanhados pela escuta ativa,

sensibilidade, empatia e valorização da individualidade de cada mulher (Strapasson e Nedel, 2010).

A aplicação de estratégias pelo EESMO constitui um suporte efetivo que permite auxiliar as puérperas na descoberta do sentido da maternidade. Com a prática do alojamento conjunto, as mulheres devem ser auxiliadas no seu autocuidado e no cuidado ao recém-nascido. (Strapasson e Nedel, 2010).

As diferentes dinâmicas familiares verificadas em contexto de estágio, permitiu observar diferentes emoções, contextos e expectativas numa grande população de etnias variadas, com diferentes formas de vida, facilitando a obtenção de uma visão mais abrangente dos diferentes sentidos do processo de parentalidade.

4.1. Acolhimento à família

No acolhimento à puérpera e ao acompanhante uma das preocupações foi a de proporcionar e preservar a intimidade e a privacidade do casal e do recém-nascido.

Logo aquando a sua chegada verificou-se a identificação da puérpera e do recém-nascido, e se este possuía pulseira eletrónica.

Alguns casais já tinham realizado uma visita ao internamento e, neste caso, o seu acolhimento foi mais para esclarecimento de dúvidas. No caso de casais que nunca tinham entrado no serviço o procedimento habitual passava por apresentar e explicar o funcionamento do serviço.

A permanência do acompanhante, normalmente o pai da criança, durante vinte e quatro horas foi uma das questões colocadas mais comuns. O tempo de permanência do acompanhante era igual ao das visitas, entre as nove e as dezanove horas. Contudo, se o pai demonstrasse interesse e dependendo da lotação do serviço, excecionalmente poderia ficar num horário alargado.

O primeiro contacto com o casal decorria, geralmente, poucas horas após o parto. É nesta fase que existe uma estabilização dos sistemas orgânicos e tendo isto em consideração foi mantida uma vigilância face aos riscos associados a este processo (Lowdermilk et al., 2008). Deste modo avaliou-se a recuperação física da puérpera começando pela avaliação do bem-estar geral, coloração, aspeto de pele e mucosas passando, de seguida, para a inspeção da contração uterina.

Os sinais vitais eram avaliados inicialmente e depois repetidos conforme o protocolo do serviço. Relativamente à PA, se na primeira monitorização após o parto esta se encontrasse dentro dos parâmetros normais e, não existissem antecedentes que justificassem uma atenção redobrada, uma nova monitorização ficava agendada para seis horas depois (Graça et al., 2010).

Quanto à temperatura, esta foi monitorizada uma vez por dia e só foi repetida no caso de valores alterados ou risco acrescido de infeção (NICE, 2014).

A dor foi avaliada com recurso à escala numérica da dor, questionada a cada primeiro contacto diário e, novamente, no caso de esta existir após a administração do analgésico (Graça et al., 2010). A existência de dor/desconforto estava muitas vezes associada à presença de ferida perineal ou lacerações vaginais/perineais (Santos e Baptista, 2016).

Assim, nestas puérperas, foi também avaliada a presença de edema perineal ou qualquer outro sinal inflamatório. Foram reforçados ensinamentos sobre os cuidados de higiene na região perineal, com água e sabão, e informada de que a sutura na região perineal é absorvida de forma natural, não sendo necessário nenhum tipo de intervenção. Foi, ainda, indicado que deveriam mudar com frequência o penso higiénico, para que a zona se mantivesse o mais limpa e seca possível (Santos e Baptista, 2016).

Em caso de parto distócico por cesariana avaliou-se o penso da ferida cirúrgica externamente.

Como intervenções de Enfermagem para alívio da dor, aconselhou-se a aplicação de gelo na zona perineal, envolto em compressas para evitar o contacto direto com a pele, sendo a puérpera instruída para não manter o gelo mais de 15 minutos seguidos (Francisco et. al, 2013). Foi também recomendada a alternância de posições, evitando a posição de sentada. No caso do parto distócico por cesariana, os métodos farmacológicos de alívio da dor foram os mais eficazes.

Por último, realizava-se a avaliação dos membros inferiores. A incidência de trombose venosa profunda no pós-parto é maior do que na gravidez. Considerando que no parto distócico por cesariana as puérperas ficam imobilizadas por cerca de 12 horas, este risco é acrescido (Santos e Baptista, 2016). Assim, foram executadas as intervenções de avaliação do Sinal de *Homans*, rubor, calor nos músculos gastrocnémios do membro inferior, a presença de edema, a monitorização do sinal de Godet e a presença de varizes. Se um conjunto destes

sinais de alarme fosse detetado, foi comunicado à equipa médica, de forma a iniciarem a administração de um anticoagulante, geralmente por via subcutânea (Santos e Baptista, 2016).

O edema como sinal isolado não é um fator de alarme para a trombose venosa profunda. Este comumente pode prolongar-se por três semanas após o parto, pelo que foram implementadas algumas intervenções de educação para a saúde para minimizar o impacto do mesmo. Realizou-se ensinamentos às puérperas para elevar os membros inferiores durante os momentos de repouso, ou durante a amamentação, para fazerem pequenas caminhadas, estimulando a circulação sanguínea, e utilizar água fria nos membros inferiores durante alguns minutos (Santos e Baptista, 2016).

Após a realização das avaliações necessárias eram identificados os diagnósticos de enfermagem de “risco de hemorragia”, “risco de hipotensão” e “risco de retenção urinária” (ICN, 2011).

Explicavam-se às puérperas quais os sinais e sintomas associados à hemorragia pós-parto, que em caso de alguma alteração deveriam comunicar ao Enfermeiro (NICE, 2014). Ainda por forma a prevenir a hemorragia, procedia-se à avaliação e ensino das características dos lóquios, à sua evolução e quais os desvios da normalidade (Santos e Baptista, 2016).

Esclarecia-se também sobre a contratilidade do útero e de que forma o podiam palpar e massajar. A propósito da contratilidade uterina, por vezes, foi referido pelas puérperas dor na zona abdominal, uma “dor tipo cólica menstrual”, durante as primeiras 48 a 72 horas, em especial durante o período da amamentação. Foi-lhes explicado que tal facto acontecia devido à libertação de ocitocina durante a amamentação (Santos e Baptista, 2016).

Em relação ao risco de retenção urinária, a puérpera foi incentivada a comunicar e caracterizar a primeira micção tendo em consideração a cor, a quantidade, o cheiro e a presença de dor, ardor ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga. A tonicidade da bexiga restabelece-se cerca de cinco a sete dias após o parto, retomando à sua normalidade após o primeiro mês (Santos e Baptista, 2016).

Durante a realização deste módulo apenas foi presenciada uma situação de retenção urinária, na qual foi adiada a colocação de cateter urinário. Numa primeira fase, foi realizado o esvaziamento vesical e drenada urina de características normais. Após esta intervenção a

puérpera foi incentivada a aumentar a ingestão hídrica e caminhar. Passadas três horas teve uma micção espontânea acabando por normalizar o seu padrão de eliminação urinária.

A gravidez e o parto assumem-se como fatores de risco para o aparecimento de incontinência urinária, sendo de maior prevalência a incontinência urinária de esforço (Lemos et al., 2008). Embora exista risco quando se fala de um parto eutócico, este agrava-se quando se trata de um parto distócico por fórceps ou ventosa.

Um parto distócico por cesariana também não é isento de risco. Um parto distócico por cesariana programado acarreta o mesmo risco de aparecimento de incontinência urinária que um parto eutócico (Memon et al., 2013; Scott et al., 2011). Em qualquer um dos casos, a mulher esteve grávida, as mudanças fisiológicas e o aumento do peso do feto levam a uma maior pressão intra-abdominal e das estruturas do pavimento pélvico, sendo estes os principais fatores para o aparecimento desta patologia (Bernardes et al., 2012; Dumoulin et al., 2010).

Uma das puérperas referiu sinais de incontinência urinária, tendo sido instruída sobre a execução de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, exercícios de *Kegel*. Os sintomas desapareceram gradualmente até ao momento da alta. Estes exercícios são uma intervenção conservativa de primeira linha e aumentam a promoção da qualidade de vida destas mulheres (Bernardes et al., 2012; Dumoulin et al., 2010).

O diagnóstico de Enfermagem “risco de obstipação” foi identificado após as primeiras 24 horas de internamento.

Existem vários fatores que podem levar à obstipação após o parto, tais como o jejum durante o trabalho de parto, o parto em si, a desidratação, a hipersensibilidade perineal e a presença de hemorroidas. A tonicidade intestinal regulariza nos dias consequentes ao parto, pelo que atendemos ao padrão intestinal indicado na avaliação inicial da puérpera com vista a detetar desvios da normalidade (Santos e Baptista, 2016). Nestes casos foi sempre avaliada a necessidade de administrar terapêutica farmacológica com efeito laxante de contacto, prescrito em SOS.

No que diz respeito ao primeiro levante, as puérperas executavam-no ainda na sala de partos. Contudo, se este ainda não tivesse ocorrido, foi dada a indicação para o realizar progressivamente, sempre acompanhada, após a monitorização da PA.

Nesta fase, existe um aumento do risco de hipotensão. Por este motivo, numa primeira fase, caso a PA se encontrasse dentro dos parâmetros normais, a cabeceira da cama foi elevada em 45 graus e depois elevada gradualmente até aos 90 graus, dependendo da tolerância da puérpera. Implementou-se a avaliação da presença de sudorese, sensação de desmaio, tonturas, visão turva ou sinais indicadores de hipotensão ortostática. Realizou-se uma nova monitorização de PA e, comparando os resultados com a anterior monitorização, a puérpera era incentivada a sentar-se na cama, elevando-se com o nosso apoio e iniciando a deambulação. As puérperas foram incentivadas após algumas horas a iniciarem a sua higiene pessoal, começando apenas pela higiene perineal e mais tarde pelo duche. Caso não se reunissem as condições para executar este primeiro levante, os cuidados de higiene eram prestados no leito (Lowdermilk et al., 2008).

4.1.1. Saúde mental da puérpera – estudo de caso

A maternidade é um momento único, constituído por muitas expectativas e sentimentos de insegurança. Dado que é um momento construído através de um estado de espera, a gestação, tornando-se real após o parto, no puerpério (Strapasson e Nedel, 2010).

Algumas “recém-mães” descrevem a maternidade como um sonho tornado realidade, ao qual se soma a responsabilidade e o compromisso com um novo ser que será totalmente dependente. Trata-se de um grande desafio, inerente a uma fase repleta de descobertas para a mulher onde todo o apoio é fundamental (Strapasson e Nedel, 2010).

Durante a realização deste módulo existiu o contacto com uma puérpera primípara que apresentava sinais de ansiedade, que à primeira impressão poderiam ser transitórios, mas na realidade os sintomas levaram a um diagnóstico de perturbação de ansiedade. Esta é uma perturbação que apresenta em média uma prevalência maior em 30% que a depressão pós-parto. A perturbação de ansiedade generalizada apresenta maior incidência em primíparas, devido à excessiva preocupação no cuidar do recém-nascido combinado com a gestão de outras tarefas. Alguns dos sintomas desta perturbação são a inquietação, a irritabilidade, dificuldade em se concentrar, tensão muscular e perturbações do sono (Cantilino et al., 2010; Brockington, 2004 *cit in* Leitão, 2016).

Quando se começou a explorar a história da puérpera com esta perturbação, compreendeu-se que o casal já tentava engravidar há cerca de seis anos, com sucessivos abortos espontâneos durante o primeiro trimestre de gestação, tornando este filho mais do que

desejado e planeado. A somar a este passado obstétrico a mulher culpabilizava-se, pois no seu entender, o seu corpo não permitia a evolução da gravidez.

Alguns estudos demonstram que mulheres com história de abortos de repetição têm medo da morte súbita do recém-nascido, mantendo a hipervigilância, principalmente durante o período noturno. Esta condição leva à restrição severa do sono, agravando a sintomatologia ansiosa e interferindo no binómio mãe-bebé. Estas situações necessitam de um forte acompanhamento sociofamiliar, principalmente de alguém em quem estas mulheres confiem para revezar os cuidados do bebé, reduzindo assim o seu nível de vigília (Brockington, 2004 *cit in* Leitão, 2016).

No caso descrito anteriormente a figura paternal teve um papel importantíssimo. Quando foi permitido que o marido acompanhasse a mulher durante o período noturno, esta começou a descansar e o seu comportamento tornou-se mais calmo.

4.1.2. Comunicar com uma puérpera adolescente – estudo de caso

A evidência científica vem mostrando que existe na maioria das mães uma resiliência na adaptação ao seu novo papel. O companheiro deve ser uma fonte de suporte, que facilita e diminui o impacto de muitas adversidades que a mulher enfrenta (Felgueiras et al., 2013). Esta resiliência pode ser ainda mais sentida em puérperas adolescentes, onde muitas vezes ainda não existe uma figura de suporte.

Durante a realização deste módulo houve oportunidade de contactar com algumas jovens mães com idades compreendidas entre os quinze e os dezassete anos. Um dos desafios sentidos foi a comunicação com estas jovens, para maximizar a qualidade dos cuidados, dado tratar-se de um grupo de risco.

A palavra “adolescer” advém do latim e significa desenvolver-se, crescer. Segundo a OMS a adolescência é uma fase do ciclo de vida do Homem que tem início aos 10 anos e término aos 20 anos de idade. De referir que o período compreendido entre os 15 e os 20 anos de idade é já considerado como adolescência tardia. É nesta fase da vida em que a jovem inicia descobertas, têm novos anseios e onde ocorrem alterações físicas, psíquicas e sociais. É também neste momento em que a adolescente procura entender quem é e qual o seu papel na sociedade (Oliveira et al., 2009).

A gravidez, em qualquer fase da vida da mulher, pode ser vista como uma marcha para o que é desconhecido e o impacto emocional da comunicação de uma gravidez leva ao aparecimento de um vasto leque de emoções e sentimentos que pode ir desde a extrema energia até ao medo (Bahadoran et al., 2008 *cit in* Ferreira, 2013).

A gravidez na fase adolescente da mulher é considerada como um acontecimento precoce. Desta forma o anúncio de uma gravidez na adolescência traduz-se num vasto leque de emoções e é caracterizado como um evento inesperado no início, passando para um período de surpresa e descontentamento e finalmente culminando em aceitação (Caldeira et al., 2012).

O período puerperal representa o culminar dos sentimentos vividos durante a gravidez e caracteriza-se por ser o momento em que a jovem vivência as primeiras obrigações da maternidade, desde a amamentação aos cuidados de higiene ao recém-nascido, mas também do seu próprio autocuidado, como puérpera (Nóbrega e Bezerra, 2010).

É importante exercer durante este período ações relativas ao cuidado centrado na díade mãe-filho, sendo responsável pela educação para a saúde, esclarecendo as dúvidas existentes e também pela orientação para a saúde para que estas jovens puérperas adquiram sentimentos de confiança e tranquilidade em relação ao seu novo papel de mãe. É exigido ao profissional de saúde que seja hábil em comunicação significativa, disponibilidade, avaliação e monitorização e ter uma postura de aceitação (Nóbrega e Bezerra, 2010).

Deste modo surge a questão: como se deve comunicar com uma puérpera adolescente para que os cuidados de Enfermagem prestados sejam de excelência? Qual o pronome pessoal a utilizar, tu ou você?

Os profissionais de saúde, principalmente os Enfermeiros, sempre se debateram com esta questão principalmente quando surge um adolescente num internamento. Tendo em consideração que, num internamento em Obstetrícia, o mais espectável é que apenas existam adultos internados, esta questão torna-se ainda mais pertinente.

Muitas opiniões foram surgindo e alguns profissionais defendem que estas jovens devem ser tratadas pelo pronome de segunda pessoa, “tu”, pois acreditam que assim criam uma maior ligação, tornam mais fácil a educação para saúde e aumentam o sentimento de confiança entre a puérpera adolescente e o profissional de saúde.

Outra opinião é de que se deve questionar a puérpera de que forma esta quer ser tratada, por “tu” ou por “você”, dando assim a oportunidade de escolha à jovem puérpera para que esta seja capaz de verbalizar uma opinião e não seja o profissional de saúde a impor uma forma de tratamento.

Por último, existe a opinião de que estas devem ser tratadas da mesma forma que as restantes puérperas, portanto por “você”.

Segundo Nóbrega e Bezerra (2010), a maioria das adolescentes refere que o facto de serem tratadas pelo primeiro nome torna o internamento mais agradável, estando tal facto associado a um bom atendimento por parte do profissional de saúde.

Refletindo sobre o assunto, o questionar à adolescente sobre a forma como esta gosta e quer ser tratada, leva a uma resposta tendenciosa. A maioria dos adolescentes na nossa sociedade, principalmente na região norte do país, é tratada por “tu”, dado que este pronome é normalmente reservado ao tratamento familiar e entre pessoas que se conhecem bem ou no tratamento de uma pessoa mais nova. Por outro lado, o tratamento por “você” tornou-se cada vez mais raro em Portugal, estando limitado a registos dialetais, litúrgicos ou mais formais. Assim, a mãe adolescente ao ser confrontada com esta questão irá responder tendo em conta a forma como geralmente é tratada e que lhe traz algum conforto, pois identifica esta forma de tratamento com o seu self.

Como profissionais de saúde deve-se abordar a puérpera adolescente da mesma forma que se aborda uma puérpera adulta. Deste modo, está-se a responsabilizar a puérpera pelos seus atos, pelo cuidado do recém-nascido e pelo seu próprio cuidado. Esta deve compreender que embora exista uma diferença de idade comparativamente com as outras puérperas, confia-se tanto nela como nas restantes mulheres e o que se espera dela é o mesmo que se espera das outras. Assim, não se está a criar um distanciamento na relação profissional de saúde/cliente, mas sim a criar mães que se sentem respeitadas, que não são subestimadas e que vão adquirir uma maior autoeficácia e autoestima.

4.2. Amamentação

Após orientarmos a avaliação da puérpera e auxiliarmos no que fosse necessário, focávamos a nossa atenção na amamentação.

Apesar de a amamentação ser um ato natural, necessita de alguns conhecimentos e habilidades pelo que a intervenção foi crucial para que esta se desenvolvesse com sucesso e de uma forma positiva (Santos e Baptista, 2016). Já Hipócrates referia que somente o leite da própria mãe era benéfico para o bebé (Bosi e Machado, 2005).

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância recomendam o aleitamento materno exclusivo desde a primeira meia hora de vida até aos primeiros seis meses. O aleitamento materno é a melhor fonte de nutrientes para o recém-nascido, promovendo uma série de benefícios para o binómio mãe-filho (Sardo, 2016).

Para o recém-nascido mamar não suprime apenas a necessidade de alimentação, mas também elimina a “fome” de sucção que envolve componentes emocionais, psicológicos e orgânicos. A amamentação proporciona contacto físico entre a mãe e o bebé e, assim, se esta for realizada sem pressas, com amor e carinho, o recém-nascido vai sentir um grau de conforto que supera o das necessidades saciadas. A separação abrupta no pós-parto entre mãe e filho é compensada, em certa medida, pelo ato de amamentar (Sardo, 2016).

O desenvolvimento psicológico e da personalidade do recém-nascido são influenciados pela amamentação. Os recém-nascidos que mamam são mais propensos a revelar um comportamento tranquilo e dotados de maior capacidade social durante a infância (Sardo, 2016).

As funções primárias do neonato como a sucção, a deglutição e a respiração são potenciadas através de uma correta forma de amamentação. Quando assim não acontece não se suprime a necessidade de sucção, o que cria instabilidade emocional e conduz à procura de substitutos como o dedo ou objetos, levando à aquisição de hábitos deletérios (Chaves et al., 2007).

O uso de chupeta é tema discutido na atualidade sendo associado como fator de insucesso da amamentação, na medida em que está relacionada com uma menor produção de leite por reduzir o número de mamadas. Um estudo de Soares et al., demonstra que o risco de desmame até ao sexto mês é 2,8 vezes maior em crianças que utilizam a chupeta. A chupeta pode ser um elemento camuflador de dificuldades da amamentação, demonstrando insegurança ou ansiedade materna em relação ao processo alimentar o filho (Chaves et al., 2007).

O ato de mamar assume-se como um exercício físico constante que proporciona o correto desenvolvimento ósseo e da musculatura bucal, potenciando assim um desenvolvimento facial harmonioso. Este ato irá de igual modo ter uma interferência positiva na dicção do recém-nascido pois também desenvolve os órgãos fonoarticulatórios (Chaves et al., 2007).

O processo de aleitamento materno é influenciado por fatores fisiológicos, emocionais e ambientais. Este por sua vez tem implicações na saúde física e psíquica da mulher.

No que toca à realidade portuguesa, existem alguns estudos publicados pontualmente que demonstram que, embora 99,3% das mulheres decidam amamentar durante a gravidez, aquando da saída da maternidade apenas 85 a 98,5% estão a amamentar e o aleitamento materno exclusivo só é mantido por 77,7% (Chaves et al., 2007).

Um fator importante para o sucesso ou insucesso da amamentação é a participação paterna neste período. Na amamentação todos os contactos extra binómio mãe-filho parecem ser secundários, até mesmo o relacionamento pai-filho. Apesar da ainda pouca evidência científica sobre esta relação, na prática consegue-se compreender que é importante para a estruturação do carácter individual da criança (Resende et al., 2014).

A ajuda paterna nos cuidados à criança proporciona uma interação mais precoce entre os dois, favorece um crescimento saudável e transmite segurança à mulher com influência direta no aleitamento materno, já que quanto mais tranquila e segura a mãe se sente mais sucesso terá nesse processo (Resende et al., 2014). O encorajamento, o incentivo e os elogios paternos asseguram uma amamentação positiva (Piazzalunga e Lamounier, 2011).

Assim, é necessário criar e promover condições para que os pais se tornem uma parte ativa e que o binómio se torne um trinómio através da participação paterna ativa nas consultas pré-natais e de puericultura (Resende et al., 2014). Assumir a responsabilidade quotidiana de cuidar do filho representa uma postura de humanização e contribui para a desconstrução do papel tradicional masculino (Piazzalunga e Lamounier, 2011).

A participação paterna é ainda mais determinante para o sucesso da amamentação na sequência de uma gravidez gemelar. Esta representa por si só um desafio, essencialmente devido à amamentação. Durante a realização deste módulo foi possível observar este fenómeno porque inevitavelmente a mulher se sente mais insegura e carente de uma figura de apoio que forneça mais um “par de mãos” (Piazzalunga e Lamounier, 2011).

Num estudo longitudinal realizado por Chaves et al. (2007), são identificados como fatores dificultadores da amamentação a idade materna inferior a 20 anos, a idade gestacional aquando do parto inferior a 37 semanas, um número de consultas pré-natais inferior a cinco ou superior a nove, a primeira mamada ocorrer após seis horas de vida do recém-nascido, e o uso de substâncias nocivas como o tabaco e o álcool.

A amamentação é compreendida pela maioria da sociedade como uma herança transmitida de geração em geração. Assim, a figura da avó é um fator de influência. O ato de cuidar sempre esteve inerente à mulher, associado a este existem duas figuras maiores, a mãe e a avó, cujas experiências tendem a influenciar várias decisões da recém-mãe. Algumas avós não tiveram sucesso na amamentação e pela sua importância neste processo, seria relevante que frequentassem algumas consultas pré-natais para compreenderem o seu papel no apoio à amamentação (Zanin e Schacker, 2010).

Durante este módulo, foi possível constatar o papel fundamental das avós para o sucesso da amamentação. No decorrer da sua visita usualmente o nosso papel foi o de desmistificar alguns mitos. Os mais comuns foram, entre outros, “a minha mãe tinha o leite fraco, eu também devo ter”, “eu também chorava muito em bebé, e era porque tinha fome”, “a minha mãe disse que eu só comecei a engordar com o leite artificial”.

Encontraram-se na realização deste módulo formas de sucesso na implementação de algumas intervenções de Enfermagem, conseguindo assim integrar a rede apoio da puérpera. É importante o EESMO tornar-se numa fonte de apoio e não apenas uma fonte de informação (Prates et al., 2015). Algumas das intervenções implementadas foram o acolhimento da família, a incorporação de estratégias de aproximação de redes sociais, a facilitação do diálogo e a valorização das representações sociais (Wilhelm et al., 2015).

Durante a realização deste módulo, 10 puérperas num universo de 100 recusaram-se a amamentar. Contudo, é de valorar que algumas das recusantes pertenciam a uma comunidade chinesa, com fortes crenças sobre a amamentação e a “má qualidade” do colostro. A decisão da mulher fosse ela qual fosse, foi sempre respeitada implementando-se a intervenção “respeitar crenças culturais associadas à lactação e amamentação”. No entanto, não deixaram de ser realizados todos os esclarecimentos para que essa escolha pudesse ser informada (UNICEF, 2012).

Os benefícios para a mulher durante o período de amamentação não estão explorados, normalmente todos os benefícios são centrados no recém-nascido, embora saibamos que para a saúde materna as vantagens são inúmeras (Martins e Santana, 2013). É conhecida a importância da libertação da ocitocina durante o parto, que ocorre também na amamentação, estimulada pela sucção, sendo relevante para o processo de ejeção do leite.

A amamentação apresenta um efeito protetor contra o cancro da mama devido à presença de macrófagos que têm a capacidade de destruir células neoplásicas. Sabe-se que o tempo de aleitamento materno é proporcional ao tempo de proteção contra as células malignas. As mulheres que amamentam têm menor risco para desenvolver cancro ovárico pela interrupção da ovulação e proliferação celular, tal como acontece durante a gravidez (Martins e Santana, 2013).

Durante a gravidez, as mulheres podem acumular inúmeras calorias levando a um sobrepeso. No período de lactação a puérpera não consegue ingerir a quantidade necessária de calorias para a produção do leite e, assim, o seu organismo irá à reserva de gordura buscar as calorias que necessita. Também da reserva de gorduras são extraídas as calorias que se encontram presentes no leite materno. Um dos grandes benefícios em termos físicos de amamentar é exatamente este, perder peso corporal de forma simples e rápida (Martins e Santana, 2013).

Para além destas vantagens, a amamentação exclusiva também pode ser um método contraceptivo temporário na medida em que assegura os picos constantes de prolactina, com consequente a inibição da ovulação. Contudo, para que assim aconteça deve existir uma amamentação exclusiva, ou quase exclusiva, podendo a criança apenas realizar uma refeição semanal que não provenha da mãe, a mulher deve permanecer em amenorreia, as mamadas, tanto diurnas como noturnas, não devem ter intervalos superiores a seis horas, e a criança não deve ter mais que seis meses (DGS, 2016).

A mãe é considerada a principal fonte de microrganismos relevantes para o estabelecimento da flora digestiva do bebé através do parto e do colostro. As propriedades anti-infecciosas do colostro manifestam-se através de componentes solúveis, as imunoglobulinas, os lactobacilos, e os componentes celulares como os linfócitos e neutrófilos (Antunes et al., 2008).

Durante o primeiro ano de vida, a amamentação pode ser uma das estratégias para a diminuição da mortalidade pós-neonatal procedente de infeções. Alguns estudos relatam um

aumento cognitivo da criança devido à amamentação, relacionado com um aumento do desempenho escolar. Este facto deve-se à presença de ácidos gordos de cadeia longa no leite materno, essenciais para o desenvolvimento cognitivo da criança (Antunes et al., 2008).

Por último, uma das grandes preocupações da atualidade, é a anemia neonatal. O leite materno tem neste aspeto relevância acrescida pois disponibiliza ferro em alta biodisponibilidade (Antunes et al., 2008).

Os primeiros dias após o parto são carregados de emoções intensas e variadas, sendo as primeiras vinte e quatro horas de extrema labilidade emocional. A mulher tem que gerir o facto de tomar conta do recém-nascido, amamentação e recuperar da fadiga do parto (Brant et al., 2009).

Neste módulo do estágio, durante a avaliação física da puérpera observou-se as mamas tendo em atenção o seu formato e a sua consistência, elementos estes que melhor permitiam apoiar a próxima mamada do recém-nascido.

Foi implementada a intervenção “ensinar sobre sinais de uma boa pega”. Explicou-se que para iniciar a mamada foi necessário o recém-nascido estar acordado, com fome e confortável. A mulher deveria adotar uma postura confortável e correta.

Em relação ao recém-nascido, observavam-se sinais de uma boa pega caso a face e o corpo se encontrassem próximos e voltados para puérpera, o queixo e mandíbula encostados à mama e a boca bem aberta. Devia ainda apresentar o lábio inferior evertido, ter a aréola inserida na boca, ser visível a deglutição lenta e profunda do leite materno. No fim da mamada o bebé deve apresentar-se relaxado e satisfeito. Associada à intervenção anterior foi implementada a de “ensinar sobre padrão de sucção do recém-nascido”. Foi esclarecido que nos primeiros segundos da mamada o recém-nascido suga com uma frequência mais rápida, enquanto ocorre o reflexo de ocitocina. Este ritmo vai-se tornando mais lento, à medida que o fluxo de leite aumenta (UNICEF, 2012).

Uma das principais queixas registadas no início da amamentação são as dores mamilares, a propósito da maceração mamilar que pode constituir uma “porta de entrada” a microrganismos, foram realizados ensinamentos sobre a lavagem das mãos, a lavagem das mamas, uma vez por dia (evitando o uso de sabões), hidratação com colostro após as mamadas, arejamento dos mamilos, e relativamente à realização de uma boa pega por parte do recém-nascido (Santos e Baptista, 2016).

4.3. Cuidados ao recém-nascido

A puérpera foi um dos alvos de atenção, contudo, antes de se iniciar a amamentação, realizou-se uma avaliação ao recém-nascido.

Cada recém-nascido apresenta desde o nascimento um conjunto de competências sensoriais e comportamentais que lhe fornece uma importantíssima ferramenta, a interação. É pela utilização de respostas comportamentais que estabelece os seus primeiros diálogos (Santos e Baptista, 2016).

Começando pela visão, que ao nascer ainda não está totalmente desenvolvida, apresenta-se enevoada e sem profundidade, as pupilas reagem à luz e o reflexo de pestanejar é visível. O recém-nascido é capaz de focar e contemplar objetos a cerca de vinte/trinta centímetros, o que corresponde à distância entre a mama e o rosto da mãe aquando a amamentação (Santos e Baptista, 2016).

O sentido de audição é dos mais desenvolvidos, sendo o bebé seletivo em relação aos sons. Durante a gravidez este é preparado para reconhecer de imediato a voz da mãe, no entanto apresentam geralmente preferência pela voz dos pais, por apresentarem um tom grave. Salienta-se ainda a preferência de música com sons suaves e rítmicos, que lhe promove tranquilidade (Santos e Baptista, 2016).

Um sentido fortemente apurado é o olfato. Os recém-nascidos são capazes de distinguir cheiros agradáveis e desagradáveis, não gostando de cheiros fortes como os de desinfetantes e perfumes. Por este motivo uma das intervenções realizadas foi “ensinar sobre uso de perfumes”, durante os quais se aconselhava a transmissão da informação a familiares e visitas (Santos e Baptista, 2016).

Aquando do nascimento, o recém-nascido apresenta um paladar desenvolvido, conseguindo distinguir três sabores básicos: o amargo, o azedo e o doce, sendo que este último é o que mais lhe agrada, por ser semelhante ao sabor do leite da mãe (Santos e Baptista, 2016).

Por último, o tato. Este representa um dos meios de comunicação mais importantes para o recém-nascido. As zonas mais sensíveis ao toque são a boca, a face palmar das mãos e a face plantar dos pés. Assim, implementou-se a intervenção “ensinar sobre o toque no recém-nascido” na qual se explicava que um toque suave produz efeitos calmantes e relaxantes,

enquanto um toque mais forte e rápido desencadeia sinais de *stress*, como movimentos bruscos e descoordenados e alterações na coloração da pele (Santos e Baptista, 2016).

As primeiras horas de vida do recém-nascido constituem um período de adaptação para o próprio, os pais e a restante família, sendo essencial que estes possuam informação que lhes permita vivenciar esta época de uma forma tranquila e saudável. A vinculação entre mãe/filho e pai/filho inicia-se no primeiro contacto, assumindo um papel fundamental no decorrer dos primeiros dias de vida, predizendo a qualidade dos cuidados futuros e influenciando o recém-nascido em termos de segurança, confiança e desenvolvimento global (Ventura, 2016).

Durante o internamento foi realizada uma avaliação física ao recém-nascido pelo Médico Pediatra na qual eram monitorizados parâmetros como: o peso, o comprimento, as características da pele, os sinais de icterícia, os reflexos, entre outros. Para além da avaliação destes parâmetros, quando estes completavam 24 horas de vida procedeu-se à realização de um rastreio auditivo por otoemissões acústicas e a um rastreio de cardiopatias congénitas por oximetria no membro superior direito e um dos membros inferiores (SPP, 2007; Kemper et al., 2011).

O rastreio auditivo por otoemissões acústicas deve ser realizado a todas as crianças ao nascer ou, no máximo, até aos 30 dias de vida. No caso de ser confirmada a perda auditiva deve iniciar-se uma intervenção precoce e adequada, até aos seis meses de idade. A incidência da perda auditiva bilateral é de cerca de um a três casos em 1000 recém-nascidos saudáveis e em 20 a 40 casos por 1000 recém-nascidos de risco. Se apenas fossem utilizados os indicadores de risco como único critério para a realização deste rastreio seriam apenas identificados cerca de 50 por 100 dos casos de surdez. Este rastreio assume extrema importância pois uma audição normal é essencial para o desenvolvimento da fala e da linguagem oral. De destacar que a perda auditiva pode surgir, apenas após o nascimento, sendo necessário sensibilizar os pais para uma vigilância durante os primeiros anos de vida (SPP, 2007).

O rastreio de cardiopatias congénitas por oximetria melhora o prognóstico de melhoria do recém-nascido, diminuindo a morbimortalidade associada. As cardiopatias neonatais são o grupo mais comum de anomalias congénitas e apresentam uma prevalência de seis a oito casos por 1000 nados vivos. A justificação para o uso deste tipo de rastreio deve-se ao facto de em algumas cardiopatias congénitas existir algum grau de hipoxémia antes da cianose ser

cl clinicamente evidente. A oximetria de pulso trata-se de um teste não invasivo, indolor e de fácil execução, com grande fiabilidade na avaliação da hipoxémia. Um diagnóstico tardio pode condicionar descompensações hemodinâmicas como choque ou acidose, com várias implicações a curto e a longo prazo (SPP, 2014).

Uma das preocupações verbalizadas pelo casal foram as micções e as dejeções do recém-nascido. Foi explicado ao casal que o recém-nascido que é amamentado eficazmente apresenta cerca de três dejeções e seis micções ao longo de um dia (UNICEF, 2012).

Questionavam, também, sobre o peso corporal do recém-nascido, com grande ansiedade, porque por rotina os Médicos Pediatras monitorizavam o peso, referindo a perda percentual. Esclareceu-se que o recém-nascido pode perder entre sete a 10% do seu peso à nascença, recuperando-o até aos catorze dias de vida (UNICEF, 2012).

Reencaminhou-se os pais para as Unidades de Saúde Familiar, onde estavam inscritos, caso necessitassem de algum esclarecimento, ou se tivessem dúvidas sobre o ganho de peso do neonato (UNICEF, 2012).

O sono pertencia à lista de dúvidas mais comuns. Por norma, um recém-nascido pode chegar a dormir cerca de 18 horas por dia, distribuídas por períodos curtos de três a quatro horas, sem ritmo circadiano. Cada bebé tem o seu padrão de sono, também relacionado com o seu temperamento e com o próprio ambiente que o rodeia. Enquanto vão crescendo, os seus ciclos de sono alteram-se e começam a acompanhar os ritmos paternos (Santos e Baptista, 2016). Como intervenções, implementou-se “ensinar sobre sono adequado [local de dormir]” e “ensinar sobre padrão de sono”.

O choro, uma área de atenção e dúvida paterna foi uma das áreas trabalhadas. Biologicamente, a mãe está programada para atentar ao recém-nascido quando este chora, ocorrendo transformações neuro-hormonais na mulher que a preparam física e psicologicamente a suportar o cansaço e o *stress* (Cardoso, 2011).

As principais causas de choro do recém-nascido são causas físicas como: a fome, o desconforto, o sono, a fadiga e o excesso de estímulos. Existem similarmente causas emocionais para o choro, como o alívio de pressão, exigir a presença dos pais por insegurança (Cardoso, 2011).

Como medidas de educação para saúde da puérpera, tentou-se mobilizar o apoio familiar, incentivou-se a descansar sempre que possível e encaminhou-se para ciclos de partilha com outros pais. Outras intervenções implementadas foram o “ensinar/instruir/treinar [técnica os cinco “S’s”], desenvolvida pelo Doutor Karp, “ensinar/instruir/treinar sobre massagem infantil”, “ensinar/instruir/treinar sobre o banho do recém-nascido” dado que estas são técnicas que promovem o relaxamento do mesmo, ajudando também no estabelecimento da ligação mãe/pai-filho (Karp, 2002).

As competências parentais inerentes ao ato de cuidar de um bebé foram avaliadas e posteriormente trabalhadas, para promover a confiança materna e paterna na prestação de cuidados de excelência aos seus filhos. Os cuidados de higiene do recém-nascido eram uma dessas competências que mais *stress* causavam (Cardoso, 2011).

Foi efetuada a avaliação se era um primeiro filho do casal, se este tinha experienciado algum contacto com outro recém-nascido e se tinham frequentado alguma intervenção em grupo de preparação para a parentalidade.

Ao longo dos últimos anos muitas foram as alterações que as famílias sofreram existindo mais famílias do tipo nuclear, o que dificulta a interação em particular das mulheres com outros recém-nascidos. Muitos casais contactam pela primeira vez com um bebé apenas quando têm o seu próprio filho (Cardoso, 2011).

Existe uma necessidade crescente de envolver os pais no processo da parentalidade (Silva et al., 2014). Assim, numa perspetiva de colmatar dificuldades percecionadas ou verbalizadas, tentou-se sempre negociar algumas das intervenções inerentes ao papel parental. O banho encontra-se protocolado no serviço como sendo realizado no turno da manhã, devido à gestão de rácio de Enfermeiros, mas numa tentativa de dar respostas às necessidades dos casais, por vezes este foi realizado no turno da tarde.

Implementou-se as intervenções “ensinar sobre cuidados de higiene ao recém-nascido [banho]”, “instruir cuidados de higiene ao recém-nascido [banho]” e “treinar cuidados de higiene ao recém-nascido [banho]”.

O banho deve realizar-se em dias alternados, sendo que a altura ideal para o mesmo é no final do dia pelo seu efeito calmante. Este é também um horário mais cómodo para a presença de ambos os pais. Não obstante, foi sempre explicado ao casal que deveriam

interpretar a reação do recém-nascido, pois se o banho tiver um efeito excitante, este devia ser realizado no período da manhã (Santos e Baptista, 2016).

A duração dos primeiros banhos deve ser curta, de três e cinco minutos nos primeiros dias, alargando-se segundo a vontade do bebé, até uma duração de 15 a 20 minutos (Santos e Baptista, 2016).

Antes de iniciar o banho foi explicado todo o procedimento e, só depois se passou à sua instrução. Começava-se por preparar todo o material necessário, bem como toda a muda de roupa, retirar todos os adornos que pudessem magoar o bebé e lavar as mãos, verificar a temperatura da água (entre os 36,5 a 37 °C) com recurso a um termómetro ou utilizando a face interna do punho, verificar a fralda do recém-nascido, se esta contivesse fezes devia realizar-se a sua limpeza com água morna e compressas tendo em atenção o género do recém-nascido na técnica de limpeza a utilizar. Após esta preparação, instruía-se a segurar o recém-nascido com firmeza ao colocar na banheira (Santos e Baptista, 2016).

Relativamente ao banho, instruía-se a lavar primeiro com água limpa a face, os olhos, os ouvidos e a boca, seguindo para o corpo, sempre da região mais limpa para as mais suja e no caso de quererem utilizar gel, foi aconselhado um com pH neutro e sem detergentes, por último deviam lavar a cabeça, tendo o cuidado de não escorrer água/sabão para os olhos. Após o banho, ensinou-se a secar o recém-nascido com uma toalha grande e macia com movimentos suaves e sem esfregar a pele, iniciando sempre a secagem pela cabeça, colocar a fralda e vestir o recém-nascido (Santos e Baptista, 2016).

Os cremes ou loções durante o primeiro mês de vida não são necessários, contudo alguns pais mesmo possuindo este conhecimento, queriam usá-los. Assim, avaliou-se se os progenitores detinham conhecimento sobre as características que os produtos deviam possuir de modo a evitar as reações alérgicas no recém-nascido (Pinheiro et al., 2007; Wong, 2006; Trotter, 2004; Oliva et al., 2003).

Relacionado com os cuidados de higiene, executou-se as intervenções “ensinar sobre limpeza da região umbilical”, “instruir sobre limpeza da região umbilical” e “treinar limpeza da região umbilical”.

A desidratação do coto umbilical leva à sua mumificação e posterior queda, entre a primeira e segunda semana de vida. Os pais tinham medo de manipular o coto umbilical, assim foi necessário demonstrar que este era um tecido morto e que se não o fosse não completava

todo o seu processo até à queda. Esclarecia-se que deviam lavar as mãos antes de iniciar o procedimento, não deveriam usar faixas ou pensos fechados na região umbilical, que o cordão devia ficar fora da fralda, para se manter o mais limpo e seco possível, e que deviam iniciar a limpeza do coto e da região adjacente com água tépida e secar bem a região (Santos e Baptista, 2016).

4.4. A alta hospitalar

O intervalo de tempo de internamento no pós-parto, é um período muito curto, pelo que a preparação da alta clínica da mulher e do recém-nascido tem início desde o seu internamento. Todas as intervenções implementadas têm como objetivo tornar os pais mais autónomos e confiantes no desempenho do seu papel parental.

No âmbito de preparação da alta, foi abordada a questão da segurança e prevenção de acidentes do recém-nascido. O casal foi informado que o recém-nascido só poderia ter alta do serviço se fosse transportado numa cadeira automóvel apropriada para o seu peso e idade, devendo esta conter uma etiqueta “E”, com código iniciado pelos algarismos 03 e 04, seguindo assim as normas estabelecidas pela APSI (APSI, 2014).

Por forma a esquematizar e fornecer um suporte escrito com as várias informações que foram ditas ao casal durante o internamento, o Serviço de Obstetrícia tem disponível um documento orientador, que se encontrava aprovado pelo CHPVVC, onde estão contemplados temas como amamentação, autocuidado da puérpera, planeamento familiar e cuidados ao recém-nascido (Vianna et al., 2009).

Com a realização deste relatório é demonstrado que foi assumido um papel privilegiado no acompanhamento e contacto com as famílias. Acompanhou-se vários momentos de extrema importância do seu ciclo de vida. O objetivo foi de tornar os profissionais da saúde dotados de conhecimentos e habilidades necessárias para ajudar os pais na aquisição de uma identidade parental, onde o importante é sentirem-se capazes e confiantes no desempenho do seu papel.

5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

O estágio de cariz profissionalizante permitiu adquirir e desenvolver competências, conhecimentos e habilidades promotoras de desenvolvimento ao nível profissional, mas não só, porque quando se fala de profissionais de saúde fala-se também de uma entrega a nível pessoal, e sem dúvida que o crescimento também aconteceu a esse nível.

Realizou-se um acompanhamento intensivo numa das fases mais importantes do ciclo de vida da mulher, e também uma das fases mais importantes na vida do casal, a gravidez (tanto saudável como de risco), o trabalho de parto e o parto, e por último o período puerperal e o início da parentalidade. Esta participação foi acompanhada pelo desenvolvimento de um processo de cuidados individualizado para mulher/casal/família, onde o objetivo foi responder às necessidades específicas que foram percecionadas. Quando se tenta suprir necessidades é necessário saber identifica-las, para isso devemos estar dotados de conhecimentos que suportem a atuação, assim sendo compreendeu-se que na atuação do EESMO tem que estar presente uma prática baseada na evidência.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica publicado pela OE recomenda e orienta o percurso de formação do EESMO, dizendo que o desenvolvimento de competências, conhecimentos e habilidades deve decorrer ao longo de dois anos de formação, nos quais se devem atingir um número mínimo de experiências, publicadas em Diário da República no Decreto Lei n.º 9/2009, de 4 de Março. Assim, para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, o estudante deve realizar: o acompanhamento de 100 grávidas; prestar cuidados a 40 parturientes; realizar 40 partos eutócicos ou, por falta de oportunidades de aprendizagem, realizar 30 partos eutócicos e assistir o Médico em mais 20 partos distócicos; participar em partos de apresentação pélvica ou situação simulada em contexto de sala de aula; realizar iniciação à sutura de feridas perineais; efetuar a vigilância e prestar cuidados a parturientes ou puérperas de risco; manter a vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos saudáveis e prestar cuidados a recém-nascidos de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico.

Para compreensão dos números de experiências atingidas, as figuras 2,3,4,5 e 6 representam as experiências proporcionadas ao longo do estágio de cariz profissionalizante. Apenas não foi experienciado em contexto de estágio o parto pélvico, este foi realizado em simulação no

laboratório, no âmbito da unidade curricular de Trabalho de Parto e Autocuidado no Pós-Parto, no primeiro ano do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

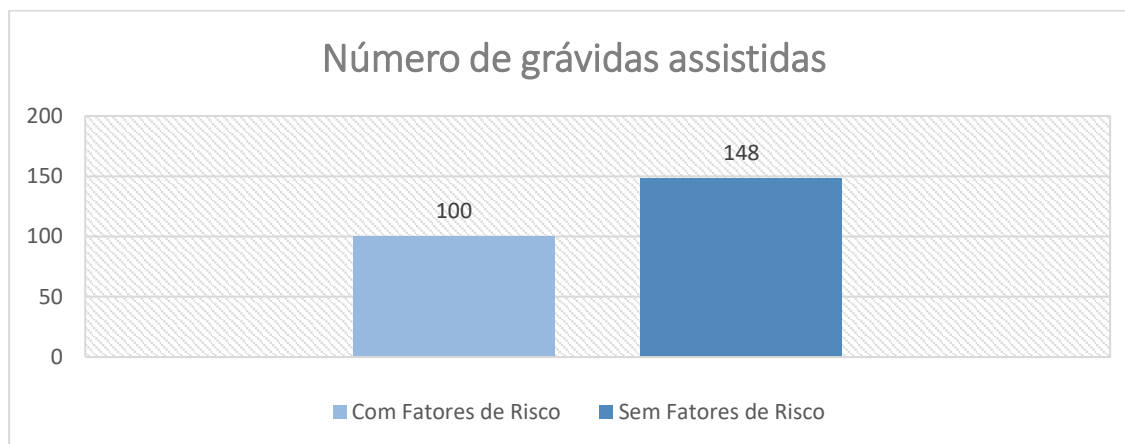


FIGURA 2: Número de grávidas assistidas

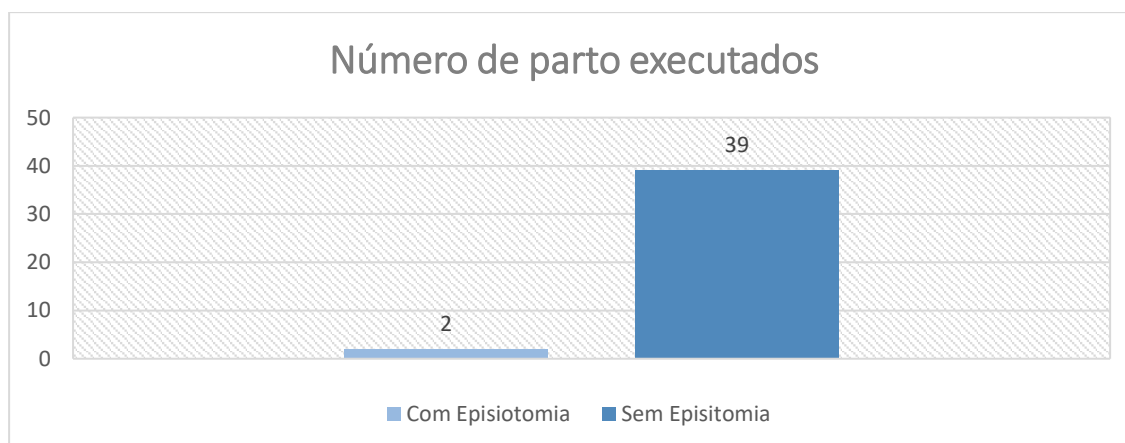


FIGURA 3: Número de partos executados

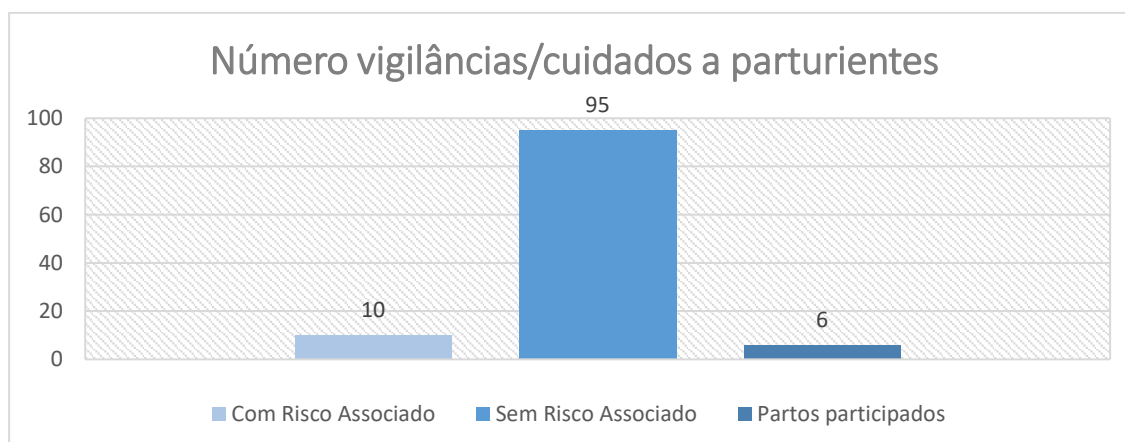


FIGURA 4: Número de vigilâncias/cuidados a parturientes

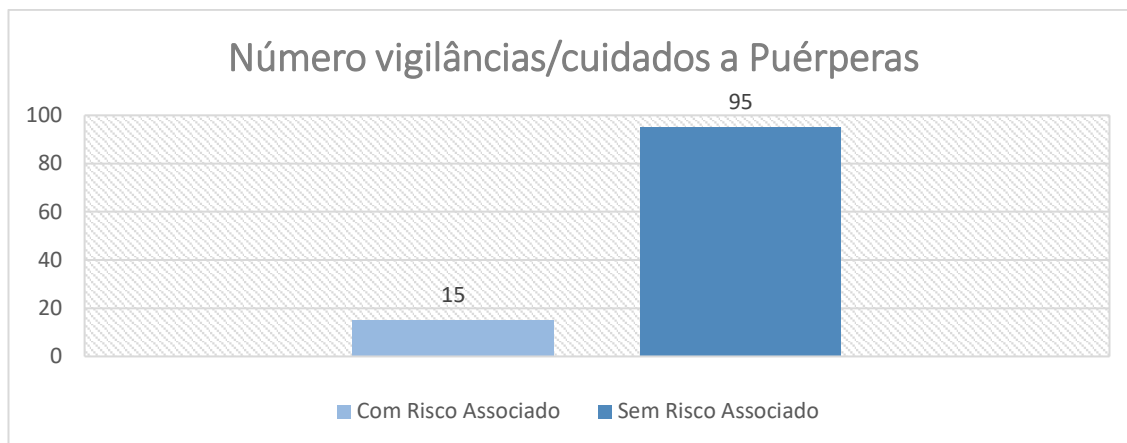


FIGURA 5: Número de vigilâncias/cuidados a puérperas

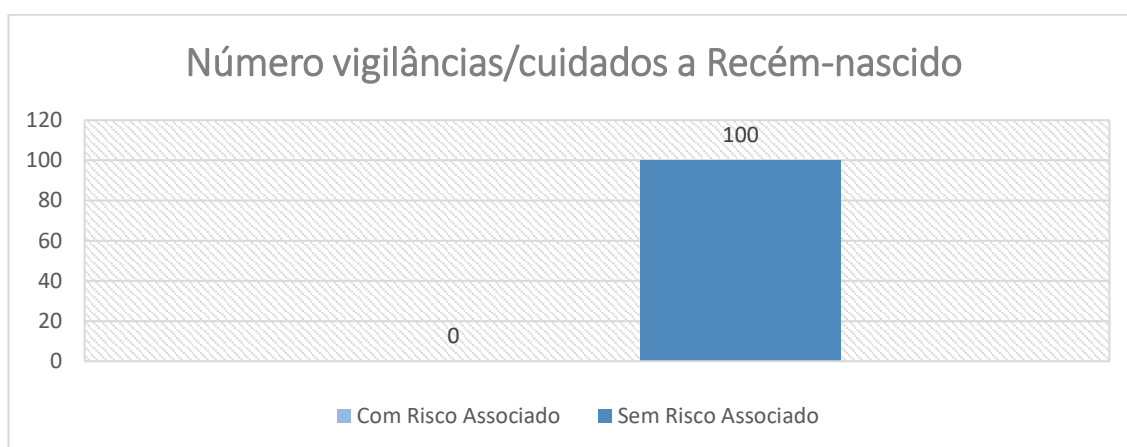


FIGURA 6: Número de vigilâncias/cuidados a recém-nascidos

CONCLUSÃO

Ao longo do último ano letivo foi realizada a interação e integração na equipa de Enfermagem, na sua maioria EESMO, no Centro Hospitalar Póvoa do Varzim / Vila do Conde, para a realização de um estágio de natureza profissional nas diferentes áreas: Gravidez, trabalho de parto e pós-parto. Contudo, este trata-se de um trabalho de cariz académico e, portanto, não representa apenas vivências e a descrição das mesmas, mas também todo um processo de investigação e reflexão sobre as evidências científicas mais recentes sobre as práticas do EESMO.

Durante a realização do presente relatório foi possível compreender que as práticas realizadas pelos EESMO necessitam de ser suportadas em conhecimentos inerentes à disciplina de Enfermagem, baseando a sua prática na evidência mais pertinente e atual. Esta é uma realidade que irá permitir a melhoria dos cuidados prestados à nossa sociedade, mais concretamente nos períodos de gravidez, trabalho de parto e pós-parto. Muitas foram as áreas exploradas ao longo da realização deste estágio, porém nem todas puderam ser sistematizadas no presente relatório de forma exaustiva. Como tal procedeu-se à seleção e explanação dos temas que suscitaram mais dúvidas ou que foram alvo de debate na atualidade. São estas dúvidas e discussões que fomentam a necessidade constante de investigação e é deste modo que os cuidados de saúde estão a sofrer alterações positivas, onde o profissional da saúde tenta cada vez mais prestar cuidados de saúde baseados na teoria da humanização. Não obstante, verificámos que mais estudos devem ser realizados, pois muitos dos artigos e revisões analisadas apresentam resultados probabilísticos e não conclusivos, e na sua maioria são realizados em países estrangeiros, sendo o número de estudos e artigos publicados em Portugal ainda muito escasso.

A reflexão sobre os cuidados prestados ao longo dos diferentes módulos do estágio abordados no presente relatório foi realizada olhando para a mulher e para o casal individualmente, tendo sempre como objetivo a prestação de cuidados humanizados e de excelência. Tendo em consideração a sociedade atual, as mulheres e o casal são cada vez mais exigentes com os cuidados que lhes são prestados, muito mais quando falamos de um período tão planeado e esperado das suas vidas.

Os objetivos iniciais foram atingidos, no entanto este relatório demonstra uma necessidade constante de aprendizagem e investimento pessoal, para que a nível profissional aconteçam melhorias e crescimento.

Crê-se que este relatório pode ser um elemento impulsionador de mais investigações, principalmente a nível nacional.

BIBLIOGRAFIA

ABADE, L. *Vinculação pré-natal: contributos da preparação para o parto e parentalidade*. Universidade de Coimbra, 2012. Relatório de final de curso de pós-licenciatura de especialização em saúde materna e obstetrícia

ABALOS, E. *Efecto del momento que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical de neonatos a termino en los resultados maternos y neonatales*. [Em linha]. Ginebra: Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS, 2009. 2 de Março de 2009 [consult. 2017- 05-12]. Disponível em: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-3rd-stage-2>

AFSHAR, Y. et al. Birth plans – Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Wiley Periodicals, Inc.* [Em linha]. Setembro 2017, vol. 1, nº 7, pp. 1-6 [consult. 2017-12-01]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29094374>

AKKERMAN, D. et al. Routine Prenatal Care. *Institute for Clinical Systems Improvement*. Julho, 2012.

ALBUQUERQUE, A. et al. Intervenção do Enfermeiro na promoção da interação mãe-bebé. *Revista Referência*, 2009, vol. 2, Sup. 9, pp.15-26.

AMORIM, C. et al. Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão. *Saúde Coletiva*, 2012, vol. 9, Sup. 56, pp. 61-66

ANDERSON, C. et al. Patient Communication, Satisfaction, and trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. *Journal of Medicine & Public Health* [Em linha]. Novembro 2017, vol. 76, nº 11, pp. 305-309 [consult. 2017-12-01]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29164014>

ANDRADE, R. Saúde Oral na Gravidez: Avaliação dos conhecimentos das grávidas sobre Saúde Oral na gravidez. Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009. Monografia

ANTUNES, L. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha]. 2008, vol. 13, pp. 103-109 [consult. 2017-10-12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/14.pdf>

ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL (APSI). Segurança Rodoviária. Criança Passageiro. 2014.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO). Iniciativa Parto Normal- Documento de Consenso. LUSOCIÊNCIA: Loures, 2009.

BAPTISTA, R. Estreptococos do Grupo B. In: NÉNÉ, M. et al. – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016. Pp. 257-263

BEGLEY, C et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour [Em linha]. Cochrane Databases of Systematic Reviews, 2015. [Consult. 2017-09-25]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub4/abstract;jsessionid=135C7BFBD0579FD550E8E94AB35D1BFB.f02t02>

BERNARDES, B. et al. Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapsed in women: randomized controlled trial. São Paulo Medical Journey. 2012, vol. 130, Sup. 1, pp.5-9.

BORGES, S. *Monitorização Fetal Intraparto: Cardiotocografia vs Análise Do Segmento St Do Ecg Fetal*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2015. Tese de Mestrado

BOSI, M. e MACHADO, M. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP* [Em linha]. Julho 2005, vol. 1 [consult. 2017-10-15]. Disponível em: http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1_1688.pdf

BRANCO, P. et al. - Temas de reabilitação - agentes físicos: crioterapia, termoterapia, diatermia, electroterapia. In BRANCO, P. et al. - *Temas De Reabilitação*. 1ª edição. Porto: Medesign, 2005.

BRANT, P. et al. Incentivo à amamentação exclusiva na perspectiva das puérperas. *Cogitare Enfermagem* [Em linha]. Julho/Setembro 2009, vol. 14, nº 3, pp. 512-517 [consult. 2017-10-12]. Disponível em: revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/16182/10701

CALDEIRA S. et al. Ser mãe de adolescente grávida: vivência e expectativas. *Revista Acta Paulista Enfermagem*, 2012, vol. 25, Sup. 2, pp. 110-104.

CAMPOS. A. et al. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª Edição. Lisboa: Lidel. 2008.

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica* [Em linha]. Outubro 2010, vol. 37, nº 6, pp. 278-84 [consult. 2017-10-12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6.pdf>

CARDOSO, A. et al. Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 2015, vol. 4, Sup. 4, pp. 11-20

CARDOSO, A. Tornar-se mãe, Tornar-se pai- Estudo sobre a avaliação das Competências Parentais. *Universidade Católica Portuguesa Porto*, 2011. Tese de Doutoramento.

CARDOSO, A. *Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas, 2014.

CHAVES, R. et al. Factors associated with duration of breastfeeding. *Jornal de Pediatria* [Em linha]. 2007, vol. 83, nº 3, pp. 241-246 [consult. 2017-10-12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n3/v83n3a09.pdf>

CIPE. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP. 2015. [Consult. 2017-12-10]. Disponível em: <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>

CISION. O aconselhamento em situação de Obstipação. *Farmácia Distribuição* [Em linha]. Abril 2015, pp. 46-50. [consult. 2017-08-03]. Disponível em: <http://www.ff.ul.pt/wp-content/uploads/2013/06/FARM%C3%83%C2%81CIA-DISTRIBUI%C3%83%C2%87%C3%83%C2%83O-abril-2015-O-aconselhamento-em-situa%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%B5es-de-obstipa%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o-.pdf>

COSTA, A. *Influencia da primeira administração do anestésico local por via epidural no tipo de parto e outros fatores preditivos de cesariana*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2014. Tese de mestrado

COSTA, L. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem Brasil* [Em linha]. 2016, vol. 15, nº 3. [Consult. 2017-11-20]. Disponível em: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/991>

CUNHA, M., et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2009, vol. 13, Sup. 1, pp-146-153.

DECRETO-LEI nº9. DR. I Série. Nº44 (04-03-2009).

DULEY, L. et al. Altered dietary salt for preventing pré-eclampsia, and it's complications (Review). *The Cochrane Collaboration* [Em linha]. 2012 [Consult. 2017-02-03]. Disponível em: www.update-software.com/pdf/CD005548.pdf.

DUMOULIN, C. e HAY-SMITH, J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women (Review). *The Cochrane Library* [Em linha]. Maio 2010, vol.1. [Consult. 2017-02-03]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005654.pub3/abstract;jsessionid=A170F969B5A299A2A707FB00DC662CAB.f03t02>

EDUCAÇÃO, Grupo Anima. Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014.

FARAHAT, A. H. et al. Effect of Implementing A Birth Plan on Women's Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *Journal of Education and Praticice* [Em linha]. 2015, vol. 6, nº 6, pp. 24-31 [consult. 2017-12-01]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e94b/186b2a49ee7bf50faf276b54e91d7894b086.pdf>

FATIA, A. e TINOCO, L. - Fisiologia do Trabalho de Parto. In: NÉNÉ, M. et al. – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016. Pp. 321-323

FELGUEIRAS, M. e GRAÇA, L. Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 2013, vol. 3, Sup. 11, pp.77-84

FERNANDES, L. et al. Alterações dermatológicas na gravidez: revisão da literatura. *Revista Feminina*, 2014, vol. 42, Sup. 2, pp. 101-108

FERREIRA, A. Sintomas Psicopatológicos e Suporte Social na Gravidez e no Pós-Parto: Um olhar sobre a parentalidade. Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013. Tese de Mestrado

FRANCISCO, A., et al. Crioterapia no pós-parto: tempo de aplicação e mudanças na temperatura perineal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2013, vol. 47, Sup. 3., pp. 555-561

FRASER, D. e COOPER, M. Assistência Obstétrica: Guia Prático para Enfermagem. Lusociência, 2010.

FRELLO, A. e CARRARO, T. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. *Revista de Enfermagem UERJ*, 2010, vol. 18, Sup. 3, pp. 441-445

FURTADO, A. A gestão da ansiedade materna através da técnica de imaginação guiada. Escola Superior De Enfermagem Do Porto, Porto, 2015. Relatório de Estágio

GRAÇA, L. et al. Medicina Materno-fetal. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010.

GUERRA, M. et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Em linha]. Abril 2014, Especial 1, pp 117-124. [consult.: 2017-02-15]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>

HAYNES, B. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the “5S” evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evidence Based Nursing*, 2007, vol.1, Sup. 10.

ICN. CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2011. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

ICN. CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. [Em linha] 2015 [consult. 2017-12-02]. Disponível em: <http://www.icn.ch/what-we-do/permission-to-use-icnpr/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, IP (INE). Estatísticas no feminino: ser mulher em Portugal. Lisboa, 2012

Johnston, R. Linking Complaint Management to Profit. International. *Journal of Service Industry Management*. 2001, vol. 12, Sup. 1, pp. 60-69.

KARP, H. The happiest baby on the block. Bantam, New York, 2002.

KEMPER, A. et al. Strategies for Implementing Screening for Critical Congenital Heart Disease. *Journal of Pediatrics*, 2011, vol. 128, Sup. 5, pp. 1259-1267

LEITÃO, M. - Alterações Psicológicas no Puerpério. In: NÉNÉ, M. et al. – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016. Pp. 443-454.

LEMOS, A., et al. Do perineal exercises during pregnancy prevent the development of urinary incontinence? A systematic review. *International Journal of Urology*. 2008, vol. 15, pp. 875-880.

LONDON, M. et al. *Maternal & Child Nursing Care*. 4ª Edição. Pearson Education, 2010.

LOPES, T. e ARRUDA, P. As Repercussões do Uso Abusivo de Drogas no Período Gravídico/Puerperal. *Revista Saúde e Pesquisa* [Em linha]. Janeiro/Abril 2010, vol. 3, nº 1, pp. 79-83 [consult. 2017-10-12]. Disponível em: periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/download/1256/1050

LOTHIAN, J. Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [Em linha]. Março/Abril 2016, vol. 35, nº 2, pp. 295-302 [consult. 2017-12-01]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x/full>

LOWDERMILK, D. e PERRY, S. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008.

LUNDGREN, I. et al. Is the Childbirth Experience Improved by a Birth Plan?. *The American College of Nurse-Midwives* [Em linha]. Setembro/Novembro 2003, vol. 48, nº 5, pp. 322-328 [consult. 2017-12-01]. Disponível em: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1526-9523\(03\)00278-2/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1526-9523(03)00278-2/full)

MAFETONI, R. e SHIMO, A. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2014, vol. 18, Sup. 2, pp. 505-512.

MALHEIROS, P. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto e Contexto Enfermagem*, 2012, vol. 21, Sup. 2, pp. 329-337.

MAMEDE, F. et al. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Scientiarum*, 2004, vol. 26, Sup. 2, pp. 295-302.

MAMEDE, F. et al. O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2007, vol. 11, sup. 3, pp. 466-471.

MARCHÃO, H. e SOARES, I. Assistência no 3º Trimestre da Gravidez. In: NÉNÉ, M. et al. – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016. Pp. 130-138

MARCOS, S. Intervenções EESMO perante uma circular cervical do cordão- promoção da adaptação saudável à vida extra-uterina. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015. Relatório de estágio.

MARQUES, T. Aceitação e Vivência da Gravidez no Casal. In: NÉNÉ, M. et al. – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016. Pp. 70-72

MARTINS, H. Tornar-se mãe, tornar-se pai e tornar-se bebé: numa gravidez de risco. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, 2014. Tese de Doutoramento.

MARTINS, M. e SANTANA, L. Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente* [Em linha]. Junho 2013, vol. 1, nº 3, pp. 87-97 [consult. 2017-10-12]. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/viewFile/763/443>

MC DONALD, S. et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of systematic Reviews*, 2013.

MEI, J. et al. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Wiley Periodicals, Inc.* [Em linha]. Janeiro 2016, vol. 43, nº 2, pp. 1-6 [consult. 2017-12-01]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29094374>

MELEIS, A. et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 2000, pp.12-28.

MEMON, H. e HANDA, V. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health*, 2013, vol. 9, Sup. 3, pp. 265-277.

MOORE, M. e HOPPER, U. Do Birth Plans Empower Women? Evaluation of a Hospital Birth Plan. *Blackwell Science, Inc.* [Em linha]. Março 1995, vol. 22, nº 1, pp. 29-36 [consult. 2017-12-01]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7741948>

NEVES, R. Os Agentes termofísicos – Revisão da literatura. Escola Superior de Saúde Atlântica, Universidade Atlântica, 2011. Monografia

NHS. Is it safe to use hair dye when I'm pregnant or breastfeeding? [Em linha]. Maio 2015. [Consult. 2017-03-20]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/chq/Pages/949.aspx#close>.

NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. *Royal College of General Practitioners*. Green-top Guideline nº42, Dezembro, 2014.

NICE. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman clinical guideline. *RCOG press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. Março, 2008.

NICE. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman clinical guideline. *RCOG press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. Março, 2008.

NICE. Postnatal care. *Royal College of General Practitioners*. Dezembro, 2014.

NILSEN, E. et al. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2011, vol. 45, Sup. 3, pp. 557-565.

NÓBREGA L. e BEZERRA F. Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto. *Revista Rene*, vol. 11, pp. 42-52.

OLIVA, M. e SALGADO, M. Cuidados básicos de puericultura ao recém-nascido. *Revista Saúde Infantil*, 2003, vol. 25, Sup. 2, pp. 5-12.

OLIVEIRA T. et al. Meninas de Luz: uma abordagem da enfermagem na gravidez na adolescência. *Revista Instituto Ciências Saúde*, 2009, vol. 27, Sup. 2, pp. 122-127.

OLIVEIRA, A. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2010, vol. 11, pp. 32-41.

OLIVEIRA, A. et al. Percepção de puérpera acerca do cuidado de Enfermagem durante o trabalho de parto e parto. *Revista Enfermagem UERJ*, 2011, vol. 19, Sup. 2, pp. 249-254.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Assegurar a qualidade dos cuidados na área da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a que os cidadãos têm direito. Parecer nº45/2014, 2014.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Prestação de serviços de assistência em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Parecer nº44/2014, 2014.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Parecer n.º 7/ 2012, Plano de Parto. *Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 2012

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010

ORFÃO, A. Determinação do Risco Materno-Fetal. In: NÉNÉ, M. et al. – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016. Pp. 108-116

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Delayed clamping of the umbilical cord to reduce infant anaemia. 2013. Biblioteca da OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Genebra, 2012. Biblioteca da OMS.

OSÓRIO, S. et al. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2014, vol. 15, pp. 174-184.

OSÓRIO, S. et al. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Revista Rene*, 2014, vol. 15, Sup. 1, pp. 174-184.

PIAZZALUNGA, C. e LAMOUNIER, J. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. *Revista Médica Minas Gerais* [Em linha]. Fevereiro 2011, vol. 21, nº 2, pp. 133-141 [consult. 2017-10-12]. Disponível em: <http://www.clinicaventura.com.br/arquivos/central/3256751cde19b16c0e92a9425ba1fd37.pdf>

PINHEIRO, L. e PINHEIRO, A. A pele da criança. A cosmética infantil será um mito?. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 2007, vol. 38, Sup. 5, pp. 200-208.

PORTO, A. et al. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *FEMINA*, 2010, vol. 38, Sup. 10, pp. 527-537.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional. Circular Normativa Nº 07/DSMIA. 2011. Lisboa: DSMIA, 2011.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco. Circular Normativa Nº 37/2011. 2013.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – Prescrição e determinação do hemograma. Circular Normativa Nº 063/2011. 2013.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Prestação de cuidados pré-concepcionais. Circular Normativa Nº 02/DSMIA. 2006. Lisboa: DSMIA, 2006.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral-Plano B. Circular Normativa Nº 007/2011.2011.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável- Alimentação e Nutrição na Gravidez. Lisboa, 2015.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa, 2015.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde- Cessação tabágica na gravidez: Guia para profissionais de saúde. Lisboa: DGS, 2015.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde- Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS, 2006.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Orientações Técnicas. Doenças Infecciosas e Gravidez. Lisboa: DSMIA, 2000.

PORTUGAL. Sociedade de Pediatria. Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia cong nita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediátrica Portuguesa* [Em linha]. Janeiro 2014, vol. 44, n  6, pp. 343-347 [consult. 2017-10-12].
Disponível em: http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1830/1/2013_Oximetria_Rastreio-cardiopatia_MBB.pdf

PORTUGAL. Sociedade de Pediatria. Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Acta Pediátrica Portuguesa* [Em linha]. Setembro 2007, vol. 38, n  5, pp.

209-214 [consult. 2017-10-12]. Disponível em:
<http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4698/3521>

PRATES, L. et al. Rede de apoio social de puérpera na prática da amamentação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Em linha]. Abril/Junho 2015, vol. 19, nº 2, pp. 310-315 [consult. 2017-10-12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0310.pdf>

RABE, H. et al. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database systematic Reviews*, 2012.

RESENDE, T. et al. Participação Paterna no período de amamentação: importância e contribuição. *Bioscience Journal* [Em linha]. Janeiro 2014, vol. 30, nº 3, pp. 925- 932 [consult. 2017-10-12]. Disponível em:
<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/23591/14294>

RICCI, S. e KYLE, T. *Maternity and Pediatric Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. RCM welcomes change in NICE guidance. *Royal College of Midwives* [Em linha]. 2014. [consult. 2017-08-19]. Disponível :
<https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/rcm-welcomeschange-in-nice-guidance>.

SANTO, S. New FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring – a summary. *Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa* [Em linha]. 2016, vol. 10, nº 1, pp. 8-11 [consult. 2017-10-18]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n1/v10n1a02.pdf>

SANTOS, I. e OKAZAKI, E. Assistência de Enfermagem ao parto humanizado. *Revista de Enfermagem UNISA*, 2012, vol. 13, pp. 64-68.

SANTOS, I. Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, 2012. Tese de Mestrado.

SANTOS, M. e BAPTISTA, M. - Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In: NÉNÉ, M. et al. – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016. Pp. 455-472.

SANTOS, S. et al. Toxoplasmose alimentar: diferentes agravos e diagnósticos. *Revista Cuidado em Enfermagem*, 2016, vol. 2, Sup. 3, pp. 1-11.

SARDO, D. - Promover e Apoiar a Amamentação. In: NÉNÉ, M. et al. – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016. Pp. 473-480.

SCOTT, C e FURO, R. Conservative interventions for the prevention and treatment of urinary incontinence in pré-and postpartum women. European School of Physiotherapy, 2011.

SEARA, V. Vinculação materna durante a gravidez. Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, 2015. Tese de Mestrado.

SHAM, A. et al. Effectiveness of the Use of Birth Plan in Hong Kong Chinese Women: a Qualitative Exploratory Research. *Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics and Midwifery* [Em linha]. 2007, vol. 7, pp. 30-34 [consult. 2017-12-01]. Disponível em: <http://www.hkjgom.org/sites/default/files/pdf/v07-p30-OA4.pdf>

SILVA, A. et al. Plano de parto: Ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM* [Em linha]. Janeiro/Fevereiro 2017, vol. 7, pp. 144-151 [consult. 2017-12-01]. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=3e03208c-bd75-4978-93a0-03a3b4696e0a%40sessionmgr4007&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYt5nPXBLWJyJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=124003785&db=ede>

SILVA, C. e CARNEIRO, M. Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista Enfermagem Referência*, 2014, vol. 4, Sup. 3, pp. 17-27.

SILVA, D. et al. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 2013, vol. 7, pp. 4161-4170.

SILVA, E. et al. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2011, vol. 1, Sup. 2, pp. 261-271.

SILVA, R. Tratamento de náuseas e vômitos na grávida por pressão periódica num ponto de acupuntura. Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2008. Tese de Mestrado.

SILVA, S. et al. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 2013, vol. 7, pp. 4161-

4170.

SILVA, T. et al. Cuidados de Enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare Enfermagem*, 2011, vol. 16, pp. 82-87.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA. Diabetes: Factos e Números 2014 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes [Em linha]. Lisboa: Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda., 2014. [consult. 2017-05-10] Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2014.aspx>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP). Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2007, vol. 38, nº5, pp.209-214.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. Relatório de consenso sobre Diabetes e Gravidez. SPP, 2011.

SOUZA, C. et al. Equipe de Enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2013, vol. 5, Sup. 4, pp. 743-754.

SOUZA, M. et al. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 2010, vol. 8, pp. 102-106.

SPANHOL, M. et al. Toxoplasmose na gestação. *Revista Conhecimento Online*, 2012, vol. 2, pp. 381-386.

STRAPASSON, M. e NEDEL, M. Puerpério Imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2010, vol. 31, Sup. 3, pp. 521-528.

SUÁREZ-CORTÉS, M. et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Maio/Junho 2015, vol. 23, nº 3, pp. 520-526 [consult. 2017-12-01]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf

SURITA, F. et al. Exercício físico e gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2014, vol. 36, Sup. 12, pp. 531-534.

SVENSSON, J. et al. The concerns and interests of expectant and new parents assessing learning needs. *Journal of Perinatal Education*, 2006, vol. 15, Sup. 4, pp. 18-27.

TABARRO, C. et al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2010, vol. 44, Sup. 2, pp. 445-452.

TEIXEIRA, C. *Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez*. Faculdade de Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2011. Tese de Mestrado.

TELES, L. et al. Parto com acompanhantes e sem acompanhante: a opinião das puérperas. *Cogitare Enfermagem*, 2010, vol. 15, Sup. 4, pp. 688-694.

TORGAL, A. Assistência no 1º Trimestre da Gravidez. In: NÉNÉ, M. et al. – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016. Pp. 117-122

TROTTER, S. Care of the newborn: proposed new guidelines. *British Journal of Midwifery*, 2004, vol. 12, Sup. 3, pp. 152-157.

UNICEF Portugal. Manual de aleitamento materno. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. 2012

URASAKI, M. Alterações fisiológicas da pele percebidas por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2010, vol. 23, nº4, pp. 519-525.

VELASQUE, E. et al. O Enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. *Revista de Enfermagem UFSM*, 2011, vol. 1, pp. 80-87.

VELHO, M. et al. Reflexões sobre a assistência de Enfermagem prestada à parturiente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010, vol. 63, Sup. 4, pp- 652-659.

VENTURA, R. - Os Primeiros Dias do Recém-nascido. In: NÉNÉ, M. et al. – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016. Pp. 504-508.

VIANNA, M. e NAPOLEÃO, A. Reflexões sobre cuidados para a alta de pacientes prostatectomizados. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2009, vol. 8, Sup. 2, pp.269-273.

WEI, C. et al. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto Contexto Enfermagem*, 2011, vol. 20, Sup. 4, pp. 717-725.

WILHELM, L. et al. A vivência da amamentação na ótica de mulheres: contribuições para a enfermagem. *Revista de Enfermagem UFSM* [Em linha]. Janeiro/Março 2015, vol. 5, pp. 160-

168 [consult. 2017-10-12]. Disponível em:
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15409/pdf>

WONG, D. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7.^a Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

ZANIN, L. e SCHACKER, L. Avós maternas: incentivadoras da amamentação?. *Revista Conhecimento Online* [Em linha]. Março 2010, vol. 1, pp. 23-34 [consult. 2017-10-12]. Disponível em: <http://aplicweb.feevale.br/site/files/documentos/pdf/35211.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1 – Bolsa termoterapia



